



**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE’DE NEOLİBERAL POLİTİKALAR
DOĞRULTUSUNDA SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM:
ISPARTA-BURDUR ÖRNEKLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Ayşe DERİCİOĞULLARI ERGUN**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Songül SALLAN GÜL**

ISPARTA-2010

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ SAVUNMASI ve SÖZLÜ SINAV TUTANAĞI

Gönderen : Kamu Ynetimi EABD Başkanlığı

Gönderilen : Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Enstitü Anabilim Dalımız YÜKSEK LİSANS / DOKTORA Programı öğrencisi
Ayşe Denizgülleri Figen tez çalışmalarını sonuçlandırmış ve
kurulan jüri önünde tezini savunmuştur. Sınav tutanağı aşağıdadır.

Tez Adı Değişikliği YAPILDI / YAPILMADI
YAPILMADI

Tarih 15.01.2010

A. Dr. Şaban
MÜBÖLÜKBAŞI
Enstitü Anabilim Dalı Başkanı

SINAV TUTANAĞI:

Jürimiz Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 25/39. maddesi uyarınca 15.01.2010
günü saat 15.00 de toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Dr. Ayşe Denizgülleri
Politikalar Değişikliği konulu tezini incelemiş ve yapılan sözlü sınav sonunda OY BİRLİĞİ / ÇOKLUKLUĞU ile aşağıdaki kararı
almıştır.

☒ KABUL ☐ RED ☐ DÜZELTME

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Prof. Dr. Sarpal Sallan Gül	<i>[İmza]</i>
Üye	Doç. Dr. Akın Korkmaz	<i>[İmza]</i>
Üye	Prof. Dr. Salim S. Tekelioğlu	<i>[İmza]</i>
Üye		
Üye		

Yukarıda adı geçen öğrenci Sınav Tutanağı'nda belirtildiği üzere mezun olmaya HAK KAZANMIŞTIR /
KAZANMAMIŞTIR.
Gereğini rica ederim.

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI : Tarih: Karar No:

Enstitü Müdürü

MADDE-25 Tez Sınavının tamamlanmasından sonra jüri tez hakkında salt çoğunlukla "KABUL", "RED", veya "DÜZELTME" kararı verir. Bu karar, Enstitü Anabilim Dalı Başkanlığına tez sınavını izleyen üç gün içinde ilgili Enstitüye tutanakla bildirilir. Tezi reddedilen öğrencinin Enstitü ile ilişkisi kesilir. Tezi hakkında düzeltme kararı verilen öğrenci en geç üç ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur. Bu savunma sonunda da tezi kabul edilmeyen öğrencinin Enstitü ile ilişkisi kesilir. Düzeltme alan öğrenci bir sonraki dönemde kayıt yaptırmak zorundadır.

MADDE-39 Tez Sınavının tamamlanmasından sonra jüri tez hakkında salt çoğunlukla "KABUL", "RED" veya "DÜZELTME" kararı verir. Bu karar, Anabilim Dalı Başkanlığına tez sınavını izleyen üç gün içinde ilgili Enstitüye tutanakla bildirilir. Tezi reddedilen öğrencinin Yüksek Öğretim Kurumu ile ilişkisi kesilir. Tezi hakkında düzeltme kararı verilen öğrenci en geç altı ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur. Bu savunma sonunda da tezi kabul edilmeyen öğrencinin Enstitü ile ilişkisi kesilir.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER

DİZİNİ.....	i
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
GİRİŞ.....	1
1. Çalışmanın Konusu	3
2. Çalışmanın Amacı	4
3. Çalışmanın Varsayımları	5
4. Çalışmanın Önemi	5
5. Çalışmanın Sınırlılıkları	5
6. Çalışmanın Yöntem ve Teknikleri.....	6
7. Çalışmanın Evren ve Örneklemi	6
BİRİNCİ BÖLÜM.....	8
REFAH DEVLETİNİN DÖNÜŞÜMÜ VE YENİ LİBERALİZM.....	8
1.1. Refah Devleti ve Devletin Temel Görevlerinden Biri Olarak Sağlık Hizmeti	9
1.1.1. Refah Devletinin Genel Özellikleri.....	9
1.1.2. Refah Devletinde Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	13
1.2. Yeni Kamu Yönetimi ve Kamu İşletmeciliği	16
1.2.1. Weberyen Bürokrasiden Girişimci Devlete	18
1.2.2. Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı	22
1.2.3. Yeni Kamu İşletmeciliği	24
1.2.4. Yeni Liberal Anlayış Doğrultusunda Kamu Hizmetinin Dönüşümü ...	30
1.2.5. Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü	35

İKİNCİ BÖLÜM	42
SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI VE ÜLKE ÖRNEKLERİ İNCELEMESİ.....	42
2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramlarının Tanımı	42
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	43
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	44
2.2.1.1. Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	44
2.2.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	44
2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	45
2.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	45
2.3. Devletin Aldığı Role Göre Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	46
2.3.1. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri.....	46
2.3.2. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri.....	46
2.3.3. Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri	47
2.3.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri	48
2.4. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Aile Hekimliği Uygulaması Ülke Örnekleri	49
2.4.1. Amerika Birleşik Devletleri: Piyasa Tipi Sağlık Sistemi.....	49
2.4.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Örgütlenmesi	49
2.4.1.2. 1980 Sonrasında Yapılan Sağlık Reformları.....	51
2.4.1.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması..	53
2.4.2. İngiltere: Ulusal Sağlık Sisteminin Dönüşümü.....	54
2.4.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Örgütlenmesi	54
2.4.2.2. 1980 Sonrası Ulusal Sağlık Sisteminin Dönüşümü.....	55
2.4.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması..	59
2.4.3. Almanya: Refah Devleti Temelli Sağlık Sistemi	61
2.4.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Örgütlenmesi	61

2.4.3.2. Yeni Liberal Politikalar Doğrultusunda Sağlık Reformları.....	64
2.4.3.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması..	66
2.4.4. İsveç	67
2.4.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Örgütlenmesi	67
2.4.4.2. 1980 Sonrası Sağlık Reformları	69
2.4.4.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması..	70
2.4.5. Bulgaristan: Sosyalist Modelden Yeni Liberal Modele Geçiş	71
2.4.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Örgütlenmesi	71
2.4.5.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması..	73
2.4.6. Küba: Sosyalist Tıp Sağlık Sistemi.....	73
2.4.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Örgütlenmesi	73
2.4.6.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması..	74
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	76
TÜRKİYE’DE SOSYAL DEVLETEN YENİ LİBERAL POLİTİKALAR DOĞRULTUSUNDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ	76
3.1. Türkiye’de Refah Devletin Gelişimi ve Dönüşümü	76
3.1.1. Cumhuriyetin İlk Yıllarında Refah Devleti Uygulamaları	76
3.1.2. 1945- 1960 Yılları Arasında Refah Devleti Uygulamaları	77
3.1.3. 1960-1980 Yılları Arasında Refah Devleti Uygulamaları	78
3.1.4. 1980 Sonrası Dönemde Refah Devletin Dönüşümü	79
3.2. 1923- 1960 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri: Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Artan Önem.....	80
3.2.1. Refik Saydam Dönemi	80
3.2.2. Behçet Uz Dönemi: Tedavi Edici Hizmetlerin Merkezden Yönetilmesi..	86
3.2.3. Demokrat Parti Dönemi	88
3.3. 1960- 1980 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri: Sosyalleştirme Programı	90

3.4. 1980- 2002 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri: Aktif Özelleştirme Dönemi	103
3.4.1. Milli Güvenlik Kurulu Dönemi.....	103
3.4.2. ANAP Dönemi	108
3.4.3. Koalisyon Hükümetleri Dönemi	114
3.5. 2002'den Günümüze Sağlık Hizmetleri: Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	122
3.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Amacı	125
3.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri	126
3.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri.....	127
3.5.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı	127
3.5.3.1.2. <i>SSK Sağlık Kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na Devri</i>	129
3.5.3.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası.....	130
3.5.3.2.1. <i>Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Tek Çatıda Toplanması</i>	131
3.5.3.2.2. <i>GSS Kapsamı</i>	132
3.5.3.2.3. <i>GSS Primi</i>	133
3.5.3.2.4. <i>GSS ile Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri</i>	134
3.5.3.2.5. <i>GSS Katılım Payları</i>	136
3.5.3.2.6. <i>GSS ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu</i>	139
3.5.3.3. Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü.....	143
3.5.3.3.1. <i>Sözleşmeli Personel İstihdamı</i>	143
3.5.3.3.2. <i>Performansa Dayalı Ödeme</i>	145
3.5.3.4. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri: Özerk Hastaneler	147
3.5.3.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları	149

3.5.3.6. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma: Ulusal Cihaz Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu	149
3.5.3.7 Güçlendirilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmeti: Aile Hekimliği Modeli	150
3.5.3.7.1. Aile Hekimliği Nedir?	152
3.5.3.7.2. Ülkemizde Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Gelişimi.....	153
3.5.3.7.3. Aile Hekimliği Uygulamasıyla Birinci Basamak Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm	156
3.5.3.7.4. Düzce Aile Hekimliği Pilot Uygulaması	173
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	184
ARAŞTIRMA BULGULARI	184
ISPARTA ve BURDUR İLLERİ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI	184
4.1. Sosyo-Demografik Veriler.....	184
4.2. Aile Hekimliği Öncesinde Hekimlerin Mesleki Süreçleri.....	186
4.3. Aile Hekimliği Süreci	189
4.4. Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Görüş ve Değerlendirmeler	201
BEŞİNCİ BÖLÜM	214
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	214
KAYNAKÇA	221
ÖZGEÇMİŞ.....	236

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AKP	Adalet ve Kalkınma Partisi
BYKP	Beş Yıllık Kalkınma Planı
ÇSGB	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DB	Dünya Bankası
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
GSS	Genel Sağlık Sigortası
SB	Sağlık Bakanlığı
MGK	Milli Güvenlik Kurulu
NHS	National Health Services
SSYB	Sağlık ve Sosyal Yardımlaşma Bakanlığı
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
PHD	Pratisyen Hekimler Derneği
TTB	Türk Tabipler Birliği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: OECD Ülkelerinde Sosyal Refah Harcamalarının Ulusal Gelir İçindeki Yeri (%) 1960-1970.....	12
Şekil 1: OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme, 1955-1970.	14
Tablo 3: 1923 Yılında Ülkemizdeki Yataklı Tedavi Kurumları	81
Tablo 4: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı 1923-1955.....	83
Tablo 5: Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları 1923-1955	89
Tablo 6: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Sağlık Evi Sayısı	96
Tablo 7: Sağlık Ocakları Personel Durumu (1963-1973).....	100
Tablo 8: Türkiye’de Uzman-Pratisyen Hekim Dengesi 1950-1980.....	102
Tablo 9: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı 1960-1975.....	103
Tablo 10: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı 1980-2002.....	106
Tablo 11: Yıllara Sağlık Ocağı ve Sağlık Evi Sayısı	110
Tablo 12: Sağlık Personeli Sayısının Yıllara Göre Değişimi 1995-2002.....	119
Tablo 13: Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları 1980-2001	121
Tablo 14: Türkiye Sağlık Personeli 1995-2007.	144
Tablo 15: Düzce’de Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Personel Durumu.....	173
Tablo 16: Düzce İli Sağlık Ocaklarında Yapılan Poliklinik, Laboratuar ve Doğum Hizmetleri ile ilgili Göstergelerin Dağılımı 2002-2006	174
Tablo 17: Düzce Sağlık Ocağı Çalışmaları- 2006	175
Tablo 18: Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde Çalışan Hekim/Ebe Başına Düşen Yıllık Ortalama Poliklinik ve İzlem Sayısı, 2006	176
Tablo 19: Sağlık Ocakları/ Evlerinde Görev Yapan Sağlık Personeli Başına Düşen Ortalama Nüfus Oranları, 2006.	176
Tablo 20: Düzce’de Birinci Basamakta Görevli Hekim Sayısı: 2004-2008	181
Tablo 21: Düzce’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekime Düşen Ortalama Nüfus ve Kişi Başına Düşen Poliklinik Oranı 2004-2008.	181
Tablo 22: Düzce’de 2008 Yılında Yapılan İzlem Sayıları	182
Tablo 23: Düzce’de Aşılama Hizmetleri 2004-2008	183
Tablo 24: Görüşülen Kişinin Yaşı.....	186

Tablo 25: Görüşülen Kişinin Görüşmenin Yapıldığı İldeki Toplam Çalışma Süresi (Yıl).	187
Tablo 26: Görüşülen Kişinin Aile Hekimi Olarak Çalışmaya Başlamadan Önce Çalıştığı Birim	188
Tablo 27: Görüşülen Kişiyeye Sağlık Müdürlüğü Tarafından Bölge İle Verilen İlk Kayıtlı Kişi Sayısı	190
Tablo 28: Görüşülen Kişinin Şu Andaki Kayıtlı Kişi Sayısı.....	191
Tablo 29: Görüşülen Kişinin Günlük Ortalama Başvuru Sayısı	192
Tablo 30: Görüşülen Aile Hekimlerinin Verdiği Hizmetler.....	193
Tablo 31: Görüşülen Kişinin Aile Hekimi Olarak Çalışmayı Kabul Etme Nedeni .	195
Tablo 32: Görüşülen Kişinin Gezici Sağlık Hizmeti Verip Vermediği	196
Tablo 33: Gezici Sağlık Hizmeti Veren Aile Hekimlerinin Verdiği Hizmetler	197
Tablo 34: Görüşülen Kişinin Aylık Eline Geçen Toplam Ücret	198
Tablo 35: Görüşülen Kişinin Aylık Ücretinden Kesinti Yapılıp Yapılmadığı.....	199
Tablo 36: Görüşülen Kişinin Aylık Ücretinden Kesinti Yapılma Nedeni	200
Tablo 37: Görüşülen Kişinin Aile Hekimi Olarak Çalışma Koşullarını Nasıl Değerlendirdiği	201
Tablo 38: Görüşülen Kişinin Tek Aile Sağlığı Elemanı İle Çalışma Konusundaki Görüşü	202
Tablo 39: Görüşülen Kişinin Performansa Dayalı Ödeme Hakkındaki Düşüncesi .	203
Tablo 40: Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Sisteminde Nasıl Bir Ödeme Yöntemi Olması Gerektiği Hakkındaki Düşüncesi	205
Tablo 41: Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Mevzuatı İle İlgili Bilgiye Sahip Olup Olmadığı	206
Tablo 42: Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Mevzuatı İle İlgili Bilgiyi Edinme Yolunun Ne Olduğu	207
Tablo 43: Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Uyum Eğitimleri Hakkındaki Düşüncesinin Ne Olduğu.....	208
Tablo 44: Görüşülen Kişinin Görev Yaptığı İlde Aile Hekimliği Uygulamasını Başarılı Bulup Bulmadığı.....	209
Tablo 45: Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Uygulamasının Ülke Geneline Yaygınlaştırılması Konusunda Ne Düşündüğü	211
Tablo 46: Görüşülen Kişinin Aile Hekimliğinden Ayrılmayı Düşünüp Düşünmediği	212

ÖZET

Türkiye’de Neoliberal Politikalar Doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm: Isparta-Burdur Örnekleri

Ayşe Dericioğulları Ergun
Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
234 sayfa, Ocak 2010

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Songül Sallan Gül

Çalışmanın ilk bölümünde yeni liberalizmin ve yeni kamu yönetimi anlayışının; geleneksel kamu yönetimini ve kamu hizmetlerini ve bu çerçevede sağlık hizmetlerinin sunumunu nasıl değiştirdiği ele alınmıştır. İkinci bölümde sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, devletin sağlık hizmetlerinin sunumunda aldığı role göre sağlık sistemlerinin nasıl organize edildiği incelenmiş ve dünya ülkelerinden seçilen örnekler çerçevesinde sağlık hizmetlerinin finansman modelleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerini sunumları değerlendirilmiştir. Üçüncü bölümde, Cumhuriyetin ilanından günümüze kadarki süreçte Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişim çizgisi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan dönüşümler ele alınmış, Sağlıkta Dönüşüm Programı değerlendirilmiş, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni bir uygulama olan aile hekimliği modelinin ülkemizdeki gelişim süreci incelenerek kuramsal çerçeve tamamlanmıştır. Çalışmanın dördüncü bölümünde Temmuz-Aralık 2009 ayları arasında Isparta ve Burdur il merkezlerinde görev yapan aile hekimleri ile yüz yüze görüşmelerden elde edilen araştırma bulguları değerlendirilmiştir. Çalışmanın son bölümünde ise, yeni liberal anlayış doğrultusunda Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan dönüşüm ve aile hekimliği sisteminin ele alındığı genel bir değerlendirme yapılmış, bu bağlamda sonuç ve öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Refah Devleti, Yeni Liberalizm, Aile Hekimliği, Sağlıkta Dönüşüm.

ABSTRACT

**The Health Transformation In The Direction of Neoliberal Policies in Turkey:
Isparta-Burdur Samples
Ayşe Dericioğulları Ergun
Süleyman Demirel University, Institute of Social Sciences
Department of Public Administration, Master Thesis
234 pages, January 2010**

Supervisor : Prof.Dr.Songül Sallan Gül

In the first part of the study, it was treated that how the neo-liberalism and the new public management approach changed the traditional public administration, the public services and the presentation of health services in that framework. In the second part, the classification of the health services, how the health systems organized according to the role of the government taken at the presentation of health services were treated and the presentation of the primary health care services and the financing models were evaluated according to the samples choosen from the whole world countries. In the third section, development lines of health services in Turkey in the process from the declaration of the republic till the present date and the transformations in the health services are taken up, Health Transformation Program has been evaluated, by examining the development process of family medicine model in our country, which is a new application in primary health services, the theoretical framework has been completed. ,In the fourth section of the study, research findings which are obtained from the face to face meetings between July to December 2009 with the family physicians who work in Isparta and Burdur province centers, were evaluated. In the last part of the study, the transformation in the presentation of health services in Turkey according to the new liberal approach and family medicine system have been considered in a general evaluation, conclusions and recommendations are presented in this context.

Key Words: Welfare State, Neoliberalism, Familiy Medicine, Health Transformation

GİRİŞ

1929 Ekonomik Krizi’ni izleyen dönemde başlayıp II. Dünya Savaşı sonrasında belirginleşen devletin sosyoekonomik konumunu yeniden biçimlendirme çabaları ile ortaya çıkan refah devleti, II. Dünya Savaşı sonrasından 1970’li yıllara kadarki dönemde altın çağını yaşamış ve 20. yüzyıl Avrupa siyasetinin temel özelliğini yansıtan bir anlayış olmuştur. Refah devleti anlayışı çerçevesinde, devletin sosyoekonomik yaşama müdahale etmesi gerektiği vurgusundan hareketle; gelir, sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, barınma, istihdam gibi kavramlar temel vatandaşlık hakkı olarak görülmüş, bu hakların karşılanması devletin yükümlülüğü olarak kabul edilmiştir. Vatandaşlık hakkı ve devlet yükümlülüğü olarak anılan tüm bu kavramlar hukuki düzenlemelere de konu edilmiştir.

1970’lerin sonlarından itibaren, refah devleti ve onun tüm uygulamaları- araçları yoğun eleştiri ve baskı altında kalmış; özellikle de 1980’li yıllarla birlikte neoliberal politikaların egemen hale gelmesiyle birlikte refah devletleri sorgulanmaya ve yönetim yapıları yeniden gözden geçirilmeye başlanmıştır. Bu süreçte refah devleti anlayışının tartışılmasına paralel olarak; devletin kamu yararını sağlama ve kamu hizmetlerini sunma yöntemleri ve sistemleri ciddi biçimde sorgulanmış ve önemli dönüşümler geçirmişlerdir. Bu doğrultuda; “devletin kamu gücünün zayıflatılması, kamuya ait mal ve hizmet sunumunda piyasa aktörlerinin etkinleştirilmesi ve devletin sadece piyasayı düzenleme rolünü üstlenmesi, kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması” gereklilikleri üzerine vurgular gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkelerde giderek yaygınlaşmış ve kamu yönetiminde reform anlayışının gerekliliği yerleşikleşmiştir. Kamu yönetiminde reform gerçekleştirme çabaları genel olarak; “merkezi hükümeti aşırı yüklenmişlikten ve borçlanmışlıktan kurtarmak, kaliteli, hızlı ve verimli hizmet üretmek, yerel yönetimleri daha güçlü hale getirmek ve mal ve hizmet üretiminde piyasanın daha fazla kullanılabilmesini sağlamak” kaygılarını taşımıştır.

Devletin yeniden yapılandırılması çalışmaları ülkemizde 1980’li yıllarda başlamış ve bu yıllardan itibaren; “mali ve ticari serbestleştirme, yabancı yatırımların desteklenmesi, özelleştirme, devletin tekelci yetkilerinin kaldırılması ve kamu

yatırımlarının sınırlandırılması” gibi uygulamalar hayata geçirilmiştir. Yeni liberal anlayışın kapsam ve etkinliğini günden güne arttırmasına paralel olarak ülkemizde de yeniden yapılandırma çalışmaları devam etmiş; bu çalışmalar en somut karşılığını 2000’li yıllardan sonra bulmuştur. 2004 yılında oluşturulan 5227 sayılı “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun” ile devletin piyasada, toplum ve birey hayatında üstlendiği tüm görev ve sorumluluklarla bunların yerine getiriliş biçimleri yeniden yapılandırılmıştır. Kamu yönetiminde yeniden yapılanma ele alınırken yeni liberal tezlerin ve yeni kamu yönetimi anlayışının temel alındığı görülmektedir.

Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması çerçevesinde, devletin en etkin olduğu alanlardan biri olan sağlık hizmetlerinin sunumunda da kapsamlı bir dönüşüm yaşanmıştır. Bu çerçevede; 2003 yılının başlarında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” uygulamaya konulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ilkeleri; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet, şeklinde sıralanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hedefleri ise; “sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunumunun temin edilmesi” olarak belirlenmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sayılan ilke ve hedefleri kapsamında etkililik, verimlilik, rekabet gibi kavramların sıklıkla kullanılıyor olması, programın 1980’lerden sonra gündeme gelen yeni kamu yönetimi anlayışının izlerini taşıdığını göstermektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında en önemli değişiklik birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yapılmıştır. Bu çerçevede birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık ocaklarının yerine “aile hekimliği” modeli getirilmiştir. Aile hekimliği modeli ile tüm sağlık çalışanları sözleşmeli personel olarak istihdam edilmeye başlamıştır. Aile hekimliği uygulamasında; “birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak, herkes tarafından faydalanabilmeyi sağlamak ve sağlık standartlarını arttırmak” gibi hedeflerin yer aldığı belirtilmektedir. Bu çalışmanın ana eksenini de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan dönüşüm oluşturmaktadır.

Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık ocağı sisteminin yerine geçirilen aile hekimliği modeli ele alınmıştır.

Bu çalışmanın birinci bölümünde; refah devletinin genel özellikleri ve refah devletinde yaşanan dönüşüm incelenmiş, yeni liberalizmin ve yeni kamu yönetimi anlayışının geleneksel kamu yönetimini, kamu hizmetlerini ve bu çerçevede sağlık hizmetlerinin sunumunu nasıl değiştirdiği ele alınmıştır.

İkinci bölümde ise; sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, devletin sağlık hizmetlerinin sunumunda aldığı role göre sağlık sistemlerinin nasıl organize edildiği ve dünya ülkelerinden seçilen örnekler (İngiltere, Almanya, ABD, İsveç, Bulgaristan ve Küba) çerçevesinde sağlık hizmetlerinin finansman modelleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerini sunumları incelenmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde; Cumhuriyetin ilanından günümüze kadarki süreçte Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişim çizgisi ve 1980 sonrası yeni liberalizmin de etkisiyle sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan dönüşümler ele alınmıştır. Bu bağlamda, 2003 yılında yeni kamu yönetimi anlayışı ve yeni liberalizmin yansımalarını taşıyan Sağlıkta Dönüşüm Programı değerlendirilmiş, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni bir uygulama olan aile hekimliği modelinin ülkemizdeki gelişim süreci incelenmiştir.

Ağırlıklı olarak aile hekimliği modelinin incelendiği üçüncü bölümün ardından, çalışmanın dördüncü bölümünde Temmuz-Aralık 2009 ayları arasında Isparta ve Burdur il merkezlerinde görev yapan aile hekimleri ile yüz yüze görüşmelerden elde edilen araştırma bulguları değerlendirilmiştir.

Çalışmanın son bölümünde ise, yeni liberal anlayış doğrultusunda Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan dönüşüm ve aile hekimliği sisteminin ele alındığı genel bir değerlendirme yapılmış, bu bağlamda sonuç ve öneriler sunulmuştur.

1. Çalışmanın Konusu

1980’li yıllardan itibaren refah devleti ve refah devletinin uygulamaları yoğun eleştirilere uğramış ve hemen hemen tüm ülkeler yeni liberal anlayış doğrultusunda

devlet yönetimi ve etkinlik alanlarında değişiklikler yapmaya yönelmişlerdir. Devletin etkinlik alanlarının daraltılması gerektiğine vurgu yapan yeni liberal anlayışın, devletin etkinliğinin azaltılmasını önerdiği biri de sağlık hizmetleri olmuştur. Bu doğrultuda birçok ülkede sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin etkinliği azaltılarak bu hizmetlerde piyasa aktör ve işleyişlerinin de yer alması yönünde çalışmalar başlatılmıştır. Türkiye’de de bu bağlamda 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” hazırlanmış ve uygulamaya konmuştur. Program kapsamında öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve sunum biçimlerinde değişiklik yapılmış, sağlık ocaklarının yerine aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Aile hekimliğine geçilmesiyle birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesinin ve ulaşılabilirliğinin artırılmasının hedeflendiği sıklıkla vurgulanmaktadır.

Çalışmanın temel konusu, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün ortaya konulması ve bu doğrultuda aile hekimliği uygulamasının başlatıldığı Isparta-Burdur il merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinin sisteme bakışları ve çalışma süreçlerinin değerlendirilmesidir. Çalışmada aile hekimlerinin, aile hekimliği modeline bakışları, çalışma koşulları ve model hakkındaki düşüncelerine ilişkin bir değerlendirme yapılmaya çalışılmıştır.

2. Çalışmanın Amacı

2003 yılında hayata geçirilen “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve sunum biçimlerinde önemli değişiklikler yapılmıştır. Program ile sağlık ocakları uygulaması terk edilmiş ve aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Türkiye’de 2005 yılında Düzce ilinin pilot bölge olarak seçilmesiyle başlayan süreç günümüzde 40 ilde aile hekimliğinin uygulanması boyutlarına ulaşmıştır. Aile hekimliği sistemine geçilmesiyle birlikte, sağlık personeli sözleşmeli olarak istihdam edilmeye başlamış ve her aile hekimine kent merkezlerinde belirli sayıda kişi kaydedilerek uygulama hayata geçirilmiştir. Bu çalışmada, aile hekimliği sistemine ilk geçen illerden biri olan Isparta (3 yıl) ile sisteme görece yeni geçmiş olan illerden biri olan Burdur (1 yıl) kent merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimlerinin çalışma koşulları ve aile hekimliği sistemini ele alış biçimlerinin ortaya konulması amaçlanmaktadır. Sistemin içinde birinci aktör

olarak yer alan bu kesimin görüş ve önerilerinin ortaya çıkarılması, tüm ülke geneline yayılması hedeflenen aile hekimliği modelinin anlaşılabilirliği açısından aydınlatıcı olacaktır.

3. Çalışmanın Varsayımları

Sağlık ocağı uygulaması yüksek maliyetli ve verimsiz çalışan bir sistem olduğundan aile hekimliği modeline geçilmiştir.

- 1) Aile hekimleri performans kriterlerinde yer alan hizmetleri daha yoğun olarak vermektedir.
- 2) Aile hekimleri modelde yer almaya mecbur kalmışlardır.
- 3) Aile hekimlerine uygulama başlamadan önce yetkililer tarafından sisteme ilişkin gerekli bilgi ve kapsamlı bir eğitim verilmiştir.
- 4) Aile hekimliği sisteminde yer alan performans kriterleri hekimleri koruyucu sağlık hizmetleri sunumunda daha etkin çalışmaya teşvik etmiştir.

4. Çalışmanın Önemi

“Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın hayata geçirilmesinin ardından Düzce Pilot İl uygulaması ile uygulamaya konulan aile hekimliği modeli günümüzde 40 ilde aktif hale getirilmiştir. Aile hekimliği sistemi ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunum ve kapsamında değişiklikler yapılırken; birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde yer alan sağlık personelinin de çalışma koşulları değiştirilmiştir. Yeni liberal anlayışla birlikte sağlık personeli sözleşmeli statüde istihdam edilmiş ve performans kriterleri gibi uygulamalar da hayata geçirilmiştir. Ülkemizde Düzce’de aile hekimlerinin memnuniyetlerini ölçen çalışmalar dışında, aile hekimlerinin sisteme yönelik görüş ve önerilerini ortaya koymayı hedefleyen çalışmalar yok denecek kadar azdır. Tüm ülkede yaygınlaştırılması öngörülen aile hekimliği modelinin temel aktörleri olan aile hekimlerinin sistemi ele alış biçimlerinin incelenmesi, süreç içinde sistemin eksik yanlarının saptanabilmesi ve olumlu yönlerinin ortaya çıkarılması açısından önem taşımaktadır.

5. Çalışmanın Sınırlılıkları

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan dönüşümle birlikte, çalışma koşullarında önemli değişiklikler yaşanan hekimlerinin, aile hekimliği sistemine ilişkin görüş ve değerlendirmelerinin saptanmasını hedefleyen bu çalışma

Isparta ve Burdur il merkezleri ile sınırlıdır. Daha kapsamlı bir değerlendirme yapabilmek ve genellemelere ulaşabilmek için modelin uygulanmakta olduğu diğer illerde de benzer araştırmaların yapılması yararlı olacaktır. Araştırmanın yapıldığı illerden Isparta’da 3 yıl, Burdur’da ise 1 yıldır aile hekimliği modeli uygulanmaktadır. Alan araştırması süreci Temmuz-Aralık 2009 ayları arasında her iki il merkezinde tamamlanmış ve bu bağlamda her iki il merkezinde görev yapmakta olan toplam 77 aile hekiminden, görüşmeyi kabul eden 48 aile hekimi ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

6. Çalışmanın Yöntem ve Teknikleri

Çalışma refah devletinin dönüşümü, yeni liberal anlayışın temel özellikleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda yapılan değişiklikler, Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ve örgütlenmesinde yaşanan süreç, aile hekimliği uygulama örneklerinin incelenmesi ve sağlık alanında yaşanan gelişmelerin incelenmesi açısından kuramsal, verilerin elde edilmesi açısından ise uygulamalı alan araştırmasıdır. Çalışmada aile hekimliğinin gelişim sürecinin incelenmesi ve araştırmanın yapıldığı il merkezlerindeki aile hekimlerinin sayıları ve adres/iletişim bilgilerinin saptanması sürecinde Sağlık Bakanlığı, Isparta İl Sağlık Müdürlüğü ve Burdur İl Sağlık Müdürlüğü verileri kullanılmıştır. Çalışmanın alan araştırması verileri yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Bu doğrultuda aile hekimlerinin mesleki süreçleri, mevcut çalışma koşulları ve bu koşulları nasıl değerlendirdikleri, aile hekimliği sistemi hakkındaki görüş ve önerileri, mesleki anlamda geleceğe bakışları belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırma sürecinde Isparta’da 32, Burdur’da ise 16 aile hekimi ile görüşülmüştür. Araştırma kapsamında görüşülen kişilere 35 açık uçlu soru yöneltilmiştir. Görüşme metinlerinin çözümlenmesinde, alınan cevaplar kapalı uçlu hale getirilmiş ve değerlendirme SPSS programı kullanılarak yapılmıştır.

7. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Isparta ve Burdur illeri oluşturmaktadır. Örneklem ise her iki il merkezinde görev yapmakta olan aile hekimlerinden oluşmaktadır. Bu bağlamda Isparta’da görev yapmakta olan 56 aile hekimine ulaşılmış ve görüşmeyi kabul eden 32 hekimle görüşülmüştür. Aynı şekilde Burdur il merkezinde görev

yapmakta olan 21 aile hekiminden görüşmeyi kabul eden 16 hekimle görüşme yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

REFAH DEVLETİNİN DÖNÜŞÜMÜ VE YENİ LIBERALİZM

1970’li yılların sonlarından itibaren yaşanan ekonomik krizlerin gerekçesi olarak yoğun devlet müdahalesini gören yeni liberalizm, 1980’lerden itibaren tüm dünyada egemen olmaya başlamıştır. Yeni liberalizm bir yandan “ekonominin ve sermayenin küreselleşmesi”, “yeni dünya düzeni ile bütünleşme” ve “özelleştirme” gibi ekonomik söylemlerle diğer yandan da “devletin ve politik alanın geri çekilmesi”, “serbest piyasa sisteminin tam egemenliğini kurması” ve “sivil toplumculuk ya da yerel topluluklara dönüş” gibi politik söylemlerle hem ulusal hem de uluslararası alanda başat bir ideoloji haline gelmiştir. Piyasanın en etkin aktör hale getirilmesi, devletin küçültülerek etkinleştirilmesi, özelleştirme yoluyla kaynakların verimli kullanılması, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının ön plana çıkarılması, iş ve emeğin esnekleştirilmesi gibi argümanları temel alan yeni liberalizm; aslında refah devleti anlayışına bir eleştiri olarak ortaya çıkmış ve sermayenin hareketini kısıtlayan refah devleti uygulamalarını değiştirmeyi hedeflemiştir.

Refah devletinin eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, emeklilik, sosyal yardım vb. uygulamalarının; sorunları çözmek yerine devlet harcamalarını arttırdığını, yatırım ve istihdamı olumsuz etkileyerek adaletsizliğe yol açtığını dile getiren yeni liberaller, eleştirilerini refah devletinin bu hizmetleri çerçevesinde yoğunlaştırmışlardır. (Sallan Gül, 2004: 1-2; Savran, 1988, 52; Yıldız, 2008: 31). Yeni liberal anlayışın refah devletine yönelik eleştirilerinin bir boyutu da; “refah devletinin hantal bir yapıya sahip olduğu ve kamunun verimsiz çalıştığı” şeklindedir. Devletin yeniden yapılandırılması ile bu sorunun çözülebileceği ileri sürülmektedir. Hantal yapının değiştirilmesi ve devletin yeniden yapılandırılması söylemiyle; verimsiz olduğu vurgulanan devletin verimli hale getirilmesi hedeflenmektedir. Yeni liberal anlayış, devletin verimsiz çalışmasının nedeni olarak, refah harcamalarının artmasını ve devlet tekellerini göstermektedir. Yeni liberal bakışa göre, devletin verimli hale getirilmesi için; personel, yatırım, sağlık, eğitim vb devlet harcamalarında

kısıtlamalara gidilerek sosyoekonomik yaşamda devletin etkinliğinin azaltılması ve piyasa aktörlerinin etkin kılınması gerekmektedir (Kerman, 2006: 167-168).

Bu bağlamda yeni liberallerin yoğun eleştirilerine uğrayan refah devletinin ve refah devletinde sağlık hizmetleri sunumunun genel bir değerlendirmeye ele alınması; yakın dönemde refah devleti uygulamalarında yaşanan dönüşümün süreç ve dinamiklerinin ortaya konulmasına yardımcı olacaktır.

1.1. Refah Devleti ve Devletin Temel Görevlerinden Biri Olarak Sağlık Hizmeti

Refah devleti anlayışı; sanayileşmiş ülkelerde kapitalizmin krizlerinin ve değişimlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmış ve günümüzdeki anlamını, 1929 Ekonomik Krizi'nden sonra geliştirilen Keynesci politikaların bir ürünü olarak kazanmıştır. 20. yüzyılın başlarında sanayileşmiş ülkelerde devlet; bir yandan çalışma ve yaşam koşullarına ilişkin düzenlemeler yapmış, diğer yandan da özellikle kamu sağlığının korunması ve evlerin kalitesi gibi alanlarda sosyal güvenlik hizmetlerine öncülük etmiştir (Sallan Gül, 2004: 144-146). Refah devletinin ilk adımları olarak kabul edilen sosyal yardım ve kısmi sigorta programları, serbest piyasa sisteminden ödün vermeden en az devlet müdahalesi çerçevesinde yürütülmüştür. Refah devletinin temelleri ilk kez 1881 yılında Bismarck tarafından parlamentoya sunulan sosyal güvenlikle ilgili düzenlemeyle atılmıştır. Bu düzenleme ile devletin, sadece var olan hakları koruyucu bir işleve sahip olmadığı aynı zamanda elverişli kurumları oluşturarak ve sahip olduğu araçları da kullanarak tüm vatandaşların ve özellikle de yoksulların yaşamlarını iyileştirme yükümlülüğü altında olduğu vurgulanmıştır. (Sallan Gül, 2004: 145; Şaylan, 2003: 93).

1.1.1. Refah Devletinin Genel Özellikleri

II. Dünya Savaşı'ndan sonra çok yaygın bir uygulama alanı bulan refah devleti, kamunun sosyoekonomik yaşama yoğun müdahalesini içermektedir. Ekonomik krizlerin önüne geçmek, savaşların ve krizlerin yol açtığı tahribatı ortadan kaldırmak için refah programlarının devlet eliyle organize edilmesi, bir zorunluluk haline gelmiştir. Ekonomide Keynesyen politikalara geçilmesiyle bazı ciddi risklerin toplumca paylaşılması düşüncesi güç kazanmış, ekonomik alan ile sosyal alanın iç içe oldukları kabul edilmiş ve devletlerin sosyal boyutlarının nasıl gerçekleşeceği

tartışılmaya başlanmıştır. Refah devleti, vatandaşların belirli bir yaşam seviyesinin altına düşmeden yaşayabilmeleri ve negatif/ seçim haklarından tam anlamıyla yararlanabilmeleri için sosyal ve ekonomik haklarla desteklenmesi temeli üzerine kurulmuştur. Sosyal güvenlik ya da sosyal sigorta sistemi Keynesçi anlayışın kurumsallaşmasında en önemli öğelerden biri haline gelmiş ve toplumsal adaleti sağlamada başarılı olmuştur. Devlet, toplumsal risklere karşı çalışanları sosyal sigorta sistemiyle, diğer toplumsal grupları da sosyal yardım programlarıyla sosyal güvenlik sistemi içine alarak koruma ve temel bir yaşam seviyesi sağlama görevini üstlenmiştir. Refah devleti uygulamaları; ekonomik ve sosyal risklere karşı kişiyi koruma amacı yanında, tam istihdamın sağlanması, konut edindirme ya da yerleştirme, mesleki ve genel eğitim, meslek seçmede yardım, ekonomide verimliliğin artırılması ve sağlık hizmetlerinin sunulması yoluyla toplumun tüm üyelerinin refahının belirli bir seviyenin altına düşmesinin engellenmesi gibi alanları da kapsamaktadır (Şaylan, 2003: 101; Arın, 2004: 69; Sallan Gül, 2004: 151, 186).

Refah devletinin temel özelliği, serbest piyasa ekonomisinin tek başına ekonomik gelişmeyi sağlamada yeterli olmadığı ve bu nedenle devlet müdahalesinin gerekli olduğu görüşüdür. Refah devleti, üç alanı kapsayarak gelişmiştir. Birincisi, bireylere ve ailelere minimum bir düzeyde gelir garantisi sağlamak; ikincisi, kişilerin belirli sosyal risklerin (hastalık, yaşlılık, işsizlik) üstesinden gelmelerinde onlara yardımcı olmak; üçüncüsü de sosyal refah hizmetleri aracılığıyla, tüm vatandaşlara en iyi yaşam standartlarını sunmaktır. Bu doğrultuda; kamu hizmetinin evrensel sunumu ve mal ve hizmetlerin adil, eşitlikçi bir biçimde paylaşılması olmuştur (Şaylan, 2003: 93; Sallan Gül, 2009: 67,70). İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, oldukça geniş bir uygulama alanı bulan refah devleti kamunun sosyoekonomik yaşama yoğun müdahalesini içermektedir.

Bunun sağlanması adına da birçok ülkede hazırlanan yeni anayasalarda sosyal haklara ayrıntılı olarak yer verilmiştir (Göze, 2005: 150, Şaylan, 2003: 93-94,100-101). 1929 Ekonomik Krizi'ni izleyen dönemde başlayıp II. Dünya Savaşı sonrasında belirginleşen devletin sosyoekonomik konumunu yeniden biçimleme çabaları, artan yoğunlukta olmak üzere hukuki düzenlemelerin konusu yapılmıştır (Kara, 2004: 21). Siyasi, sosyokültürel ve ekonomik pratikler bütününe işaret eden refah devleti anlayışı çerçevesinde (Özkazanç, 2007: 16); kalıcı gelir, sağlık, eğitim,

sosyal güvenlik vb. konular, bireyler için hak, devlet için yükümlülük kavramları etrafında ele alınabilmektedir. (Kara, 2004: 23). Bireyler açısından hak, devlet adına ise yükümlülük olarak ifade edilen çerçevede; herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşama hakkı olduğu öncelikli olarak kabul edilmiş ve devlet tüm yurttaşların beden ve ruh sağlığı içinde ve insan onuruna yaraşır biçimde yaşamalarını sağlamakla yükümlü kılınmıştır. Aynı şekilde herkesin sağlık koşullarına uygun meskenlerde barınma hakkı olduğu kabulünden hareketle devlete vatandaşların sağlık koşullarına uygun meskenlerde barınmalarını sağlama yükümlülüğü getirilmiştir. Ayrıca herkesin gelecek ve yoksulluk korkusundan kurtulma hakkına sahip olduğu, kişileri gelecek korkusundan kurtarma, bunun için de sosyal güvenliği sağlama görevinin devlete ait olduğu ifade edilmiştir (Göze, 2005: 150-151).

Refah devletinde kişilerin sosyal refah programlarından yararlanma hakkı, en temel vatandaşlık haklarından kabul edilmiştir. Refah devletinin en temel özelliği; oluşturulan sosyal refah programlarının evrensel nitelikte olması ve sunulan hizmetlerin vatandaşlık kavramı temelinde ele alınmasıdır. Refah devletinin gelişimi, bireysel hak ve özgürlüklerle serbest piyasanın işleyişine karışmayan bir devletten, toplumdaki tüm vatandaşlarının temel ihtiyaçlarının asgari bir düzeyde karşılanması için doğrudan sorumluluk alan bir devlete doğru gelişimi ifade etmektedir. Sosyal refah programlarının temel amacı; toplumda ekonomik ve sosyal eşitlik sağlamak ve sosyal adaleti gerçekleştirmektir. Aslında refah devleti; devletlerin vatandaşlarının ekonomik ve sosyal refahını korumak ve sürdürmek konusunda anahtar bir görev üstlendiği, zenginliğin adil dağılımı, fırsat eşitliği ve iyi bir yaşam için gerekli asgari şartları sağlamayacak kişilere karşı kamu sorumluluğu anlayışının hakim olduğu; serbest piyasa sürecinin doğurduğu adaletsizlikleri ve eşitsizlikleri hafifletmeye çalışan ve sosyal koruma kurumlarının tümüne sahip bir devlettir (Gökçeoğlu Balcı, 2007: 22; Koray, 1995:24; Sezen, 1999, 42-43; Kleinman, 2006: 160; Sallan Gül, 2004: 148).

Ulusal ve uluslararası düzeylerde; refah devleti (İngiltere), liberal refah devleti (ABD), sosyal demokrat refah devleti (Avrupa), devletçi/ulusal kalkıncı devlet ya da sosyal devlet (azgelişmiş ülkeler) şeklinde farklı ifadelerle anılan refah devletinde (Roche, 1992: 78; Sallan Gül, 2004: 149-150; Tokathioğlu, 2005: 40-43),

refahın sağlanmasında devletin belirleyici işlevleri kısaca şu şekilde değerlendirilebilir:

- Devletin ekonomi kalkınmayı ve tam istihdamı sağlaması;
- Sosyal refah programları aracılığıyla işçi-işveren ilişkilerinin yumuşatılması ve emek piyasasının kontrol altına alınması;
- Altyapı yatırımlarının gerçekleştirilmesi, konut ve ulaştırma yatırımlarına hız verilmesi;
- Temel toplumsal hizmetlerin tüm topluma sunulmaya çalışılması;
- Devletin temel sanayi dallarını (enerji, haberleşme, ulaşım ve altyapı) millileştirmesi,
- Devletin serbest piyasanın ürünü olan gelir dağılımındaki eşitsizlikleri, adaletli bir gelir dağılımına göre vergilendirmesi ve sosyal sigortacılık sistemini tüm vatandaşlara sunarak risklere karşı koruması;
- Devletin kişi refahındaki rolü göz önüne alınarak, eğitim ve sağlığı da refah kapsamına alması;
- Devletin yoksullara ve bakıma muhtaç olanlara yönelik yardımları doğrudan yürütmesi;
- Devletin kadınlar, azınlıklar, göçmenler gibi toplumda dezavantajlı durumda olan gruplara yönelik pozitif ayrımcılık programları geliştirip uygulaması (Sallan Gül, 2009: 73; Müftüoğlu, 2006: 42; Karabulut Uçar, 2007: 410-411).

Tablo 1: OECD Ülkelerinde Sosyal Refah Harcamalarının Ulusal Gelir İçindeki Yeri (%) 1960-1970.

Ülkeler	Eğitim		Gelir Aktarımı		Sağlık		Toplam Refah Harcamaları	
	1960	1970	1960	1970	1960	1970	1960	1970
Avustralya	2.4	3.8	4.7	4.0	2.5	5.0	9.6	12.8
Avusturya	2.6	4.0	14.1	15.3	2.9	3.7	19.6	23.0
Belçika	3.8	4.9	11.7	14.1	3.1	4.2	18.6	23.2
Kanada	3.5	6.5	5.4	7.3	2.5	5.1	11.4	18.9
Danimarka	4.0	7.0	6.5	9.9	3.7	6.5	14.2	23.4
Finlandiya	4.8	5.6	6.7	9.9	2.5	5.5	14.0	21.0
Fransa	2.1	3.2	11.8	12.4	3.1	5.3	17.0	20.9
B.Almanya	2.1	3.0	11.9	12.4	2.5	5.2	16.5	20.6
Yunanistan	1.7	2.3	6.0	7.1	1.8	2.3	9.5	11.7
İrlanda	3.0	4.9	5.3	6.4	2.8	5.4	11.1	16.7
İtalya	3.2	4.0	7.5	10.4	2.9	5.2	13.6	19.6
Japonya	3.0	2.6	2.1	2.8	1.9	3.5	7.0	8.9
Hollanda	2.8	5.9	8.6	9.1	2.8	5.1	14.2	29.1

Norveç	4.1	4.9	5.1	9.8	2.5	5.3	11.7	20.0
İsveç	4.0	5.9	6.0	9.3	3.6	6.7	13.6	21.9
İngiltere	3.7	4.4	4.4	7.7	3.2	4.6	12.6	16.7
ABD	3.6	5.3	5.5	7.4	1.2	3.0	10.3	15.6
OECD	3.2	4.9	7.3	9.5	2.7	4.9	13.2	18.8

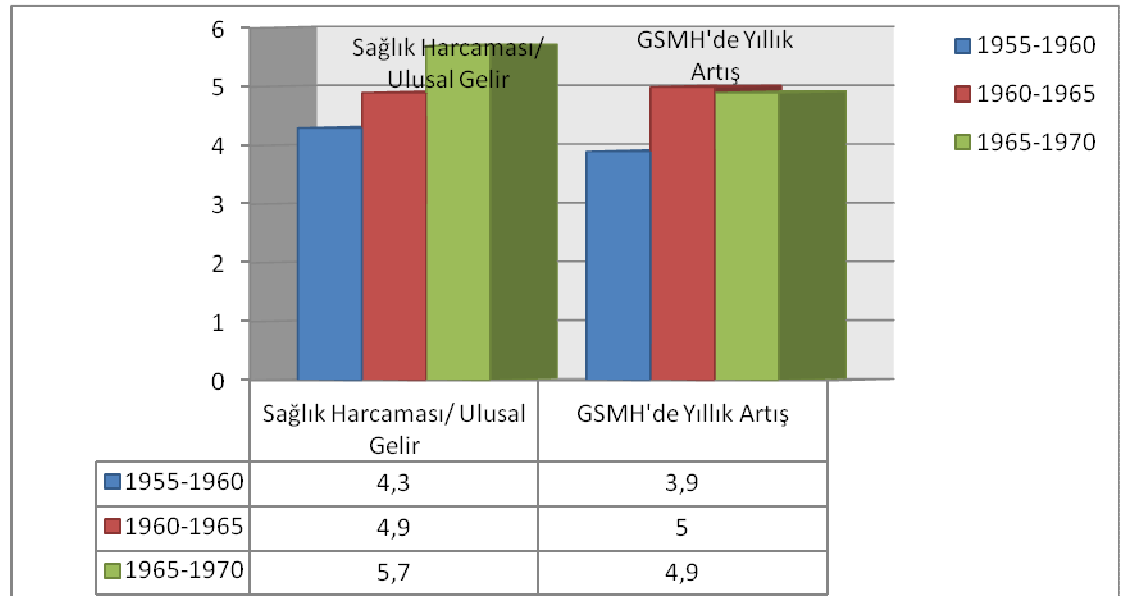
Kaynak: Koray, 1995:15.

Yukarıdaki tabloda OECD ülkelerinde 1960 ve 1970 yıllarında ulusal gelir içinde sosyal refah uygulamalarına ayrılan payların gelişimi gösterilmektedir. Görüldüğü üzere gelişmiş ülkelerin tümünde sosyal refah uygulamalarına ayrılan pay artmıştır. Ancak bu harcamaların büyük bir bölümü çeşitli sosyal politika önlemleriyle gerçekleşen gelir aktarımı uygulamalarına ayrılmıştır. OECD ülkelerinde 1960'lı yıllarda ulusal gelirden gelir aktarımı için ayrılan pay % 7,3 iken 1970'lerde bu oran % 9,5 çıkmıştır. Ulusal gelirden eğitim için ayrılan pay 1960'lı yıllarda % 3,2 iken % 4,9'a; sağlık için ise bu oran % 2,7'den % 4,9'a çıkmıştır.

1.1.2. Refah Devletinde Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Sağlık; temel ve evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Sağlık hakkı, bir kişinin insan onuruna yaraşan asgari bir yaşam düzeyi içinde yaşayabilmesi için gerekli bir haktır ve bu özelliğiyle çağdaş sosyal devlet anlayışının en yaygın hizmetlerinden birisidir. Refah devleti döneminde de gelişmiş ülkeler, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında ağırlıklı bir rol oynamaya başlamıştır. Bu dönemde, gelişmiş ülkelerdeki (ABD hariç) sağlık sistemleri kapsayıcı tip sağlık sistemlerine dönüşmüştür. Bu durum ise, refah devletinin düzenleyici ve ekonomik yaşam içinde aktif olarak rol almasının sağlık alanına yansması olarak değerlendirilebilir. Ekonomik sistemin devamlılığı açısından üretimin önemli bir girdisi olan emeğin verimliliği ile toplumun diğer kesimlerinin sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, sistemin sürekliliği için gerekli görülmüştür. Bunun yanında toplumun sağlık ihtiyaçları konusunda artan örgütlü talepleri de devletin sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarının genişletilmesinde etkili olmuştur. Yeterli sağlık hizmeti arzını sağlık piyasasına sunmak ve bunu organize etmek; yani etkili bir sağlık sistemi oluşturmak, refah toplumunun temel politikalarından biri olmuştur (Belek, 2001: 232; Bulut, 2009; 207).

Şekil 1: OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme, 1955-1970.



Kaynak: Belek, 2009:315.

Şekil’de görüldüğü üzere refah devleti dönemi boyunca sağlık harcamasının ulusal gelir içindeki oranı artmıştır. Sağlık harcamalarındaki artışın en önemli nedeni ise sigorta programlarının kapsadığı nüfusun ve hastanecilik hizmetlerinin artmasıdır (Belek, 2009: 314-318).

Tablo 2 : Gelişmiş Ülkelerde Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamalarında Kamunun Payı 1960-1975

Ülke	1960	1970	1975
Avustralya	48	57	73
İtalya	83	86	86
Hollanda	33	84	73
İsveç	73	86	90
İngiltere	85	87	91
ABD	25	37	41

Kaynak: Belek, 2009:320.

II. Dünya Savaşı sonrasında genel olarak gelişmiş ülkelerde, zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun oranı ve bu nüfusun yararlandığı hizmet ile hizmet içeriği sürekli genişlemiştir. Bu süreçte, gelişmiş ülkelerde toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı 1960 yılında % 60 iken 1965 yılında % 65'e, 1970'de % 70'e ve 1975'de ise % 80'e yükselmiştir. II. Dünya Savaşı sonrasında gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinde yaşanan en önemli gelişme ise harcamaların önlenemez bir biçimde artmasıdır. Refah devleti boyunca sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki oranı ve kişi başı sağlık harcaması artmıştır. Bu dönemde gelişmiş ülkelerde kamu, sağlık harcamalarının en önemli kalemini oluşturmuştur. ABD dışındaki gelişmiş ülkelerde nüfusun tamamına yakını kamu sigortası kapsamına alınmış ve sağlık hizmetlerinden hemen hemen hiç para ödemediği yararlanmıştır (Belek, 2001: 237-246; Şaylan, 2003:116; Özdemir, 2007: 109).

1970'li yıllarda yaşanan ekonomik krizler, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm ülkeleri etkilemiş; sonuçta kronik bütçe açıklarının yaşandığı, kamu harcamalarının yükseldiği, ekonomik büyümenin yavaşladığı, yüksek oranlarda yapısal işsizliğin doğduğu ve enflasyonun sürekli arttığı bir ortam ortaya çıkmıştır. Bu dönemde, devlet müdahalelerinin azaltılması ve devletin ekonomik ve sosyal alana daha az karışacak şekilde küçültülmesi taleplerini doğurmuştur. Yeni liberalizm adını alan Friedmancı yaklaşımların temel amacı sosyal refah döneminde

artan kamu harcamalarını ve kamu hizmetlerini kısımdır. Yeni liberaller; yaşanan krizlere gerekçe olarak, devletin ekonomi üzerindeki hâkimiyeti gösterilmekte ve çözüm olarak da ekonomi üzerindeki hakimiyetinin kaldırılmasını sunmuşlardır. Ayrıca kamu sektörünün müşterilerinin isteklerini göz önüne almadığını, kaynaklarını etkin dağıtamadığını, eski geleneksel yol ve yöntemlerde ısrar edildiğini, değişime karşı koyulduğunu ve bu nedenle de başarısız olduğunu ifade etmişlerdir. Friedman’a göre, devletin görevleri; kanun hâkimiyetini sağlamak, düzeni sürdürmek, mülkiyet hakkının sınırlarını belirlemek ve korumak, ekonomik uyumun diğer kurallarını değiştirmede bir aracı işlevi üstlenmek, sözleşmelere uymayı sağlamak, rekabeti desteklemek ve geliştirmek, parasal bir düzen kurmak, akıl hastaları ya da çocuklar gibi sorumluluk üstlenemeyecek kişileri korumak için özel hayır derneklerine ve aileye ek yardımlar sağlamaktır. Kamu- özel kesim sınırının yeniden çizildiği bu dönemde, daha etkin, etkili ve ekonomik kamu hizmeti sunumunun sağlanması söylemiyle kamu yönetimi yapılanmaları ve örgütlenmeleri yeni liberal anlayış çerçevesinde yeniden yapılandırılmıştır (Erdem, 2003: 33-35; Eralp, 2002: 248; Özdemir, 2007: 205-206; Öngen, 2003: 167; Sallan Gül, 2004: 42; Friedman, 1988: 65; Karabulut Uçar, 2007: 411).

1.2. Yeni Kamu Yönetimi ve Kamu İşletmeciliği

Yirminci yüzyıl Avrupa siyasetinin temel özelliği olan ve 20. yüzyılın ortalarında doruk noktasına ulaşan refah devleti anlayışı 1970’lerden sonra terk edilmeye başlamış, hükümet harcamalarında kesintiye gidilmesi, giderek daha fazla şeyin bireye ve piyasaya terk edilmesi egemen fikir haline gelmeye başlamıştır (MacGregor, 2008: 236-237; Sallan Gül, 2009: 75). Bu çerçevede 1980’li yıllardan itibaren öncelikli hedef olarak; refah devletinden kurtulmak ve refah devletinin etkinlik alanlarının daraltılması, gösterilmiştir (Ayman Güler, 2005: 207). Bir diğer ifade ile; devletin kamu gücünün zayıflatılması, kamuya ait mal ve hizmet sunumunda piyasa aktörlerinin etkinleştirilmesi ve devletin sadece piyasayı düzenleme rolünü üstlenmesi, kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması ve talep yanlı Keynesyen politikaların yerine arz yanlı yeni liberal politikaların hayata geçirilmesi, gerektiği ifade edilmiştir (Müftüoğlu, 2006: 43; Hamzaoglu, 2006: 59; Gül ve Sallan Gül, 2007: 495; Gül ve Memişoğlu, 2007: 57-59).

Yeni liberalizmle birlikte refah devletinin yeniden yapılandırılmasına yönelik yapılması gerekli görülen düzenlemeler şu şekilde sıralanabilir:

- Devlet yönetimindeki bütünlük yerine parçalı yapıların oluşturulması,
- Merkezi ve yerinden yönetimle çeşitlenen ve zenginleşen devlet yapısı yerine merkezi yapının küçültülmesi,
- Gücün merkezden alınarak yerelleştirilmesi, merkezi yönetimin vesayetinin kaldırılması,
- Merkezden yönetim ile yerinden yönetimin düzenlenmesinde yetki genişliği yerine görevler ayrılığı ilkesine göre hizmetlerin yeniden yapılandırılması,
- Bütüncül devlet yapısı ve yönetim süreci yerine bölgesel alanda yapılanmanın ve yönetim süreçlerinin oluşturulması,
- Merkezi yönetim ile yerel yönetim arasında çağdaş, gerçekçi ve geçerli ilişkilerin geliştirilmesi yerine yerel yönetimlerin merkezden uzaklaştırılması,
- Yerel yönetimlerin merkezi yönetimin denetiminden çıkarılması, devletin ulusal varlıklarının özelleştirilmesi,
- Ekonomik ve yönetsel süreçlerde piyasaya açık işleyişlerin düzenlenmesi, kamusal hizmetlerin üretilmesinde özel sektöre açılma,
- Kamuda çalışanların iş güvenliğinin kaldırılması ve esnek çalışma anlayışının kamusal alana aktarılması (Cılga, 2004: 167-168).

Yeni liberal ideolojinin yükselişiyle kamu yönetimi alanında yeni arayışlar, “kamu işletmeciliği” adı altında, yaşanan ekonomik krize siyasal bir cevap olarak sunulmuştur. Bu yaklaşım, başlangıçta krizden ilk etkilenen ülkelerde; İngiltere, Yeni Zelanda ve Avustralya’da reform programları adı altında uygulama alanı bulmuş, daha sonra da küresel düzeyde yaygınlık kazanmıştır. Bu reform sürecinde; devletin toplum ve ekonomi üzerindeki rolleri ve işlevleri yeniden tanımlanmıştır. Bu ülkelerden başlayarak kamu yönetiminin geleneksel kuramları ve uygulamaları, temelde yeni liberalizm taraftarlarının eleştirilerine maruz kalmıştır. Kamu yönetiminde reformu gerekli kılan sorun; bürokrasinin yüksek maliyetle kötü hizmet üretmesidir. Kamu Tercihi Okulu teorisyenleri; kamu sektörünün müşterilerinin isteklerini göz önüne almadığını, kaynakları etkin dağıtamadığını, geleneksel yol ve yöntemlerde ısrar edildiğini, değişime karşı koyulduğunu ve bu nedenle başarısız olduğunu belirtirler. Bu sorunların temelinde yatan nedenler olarak, tüketici

tercihlerinin piyasadaki dengeleri belirlemesinin yerini yönetsel planlamanın ya da merkezi planlamanın almış olması, kamu yatırımcıların ve yöneticilerin kar teşvikinden yoksun olmaları, kamu çalışanlarının daha az çalışma yüklerine rağmen, sendikacılık eylemleriyle özel sektör çalışanlarından daha fazla ücret almaları ve devletin serbest piyasada karlı olmayacak faaliyetlerine devam etmesinin önünde engel olmaması olduğunu ifade etmektedirler. Çözüm olarak; serbest piyasa sisteminde özellikle müşteriye sunulan seçeneklerin artırılması, daha etkin ve ekonomik hizmet sunabilmek için kamu kuruluşları arasında da rekabet ortamının yaratılması gerektiğini savunmaktadırlar (Gray ve Jenkins, 1995: 80; Türköne, 2007: 466-467; Sallan Gül, 2004: 42-43).

1.2.1. Weberyen Bürokrasiden Girişimci Devlete

Kamu yönetiminde yeniden yapılanmaya yol açan düşünsel yaklaşımın nedensel kaynakları şu şekilde açıklanabilir: Batı'da II. Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan ve gelişen refah devleti politikaları ve uygulamaları, kamu yönetiminin devasa genişlemesini, kolektif sorumluluk ve kamusal yarar düşüncesinin gelişmesini sağlamış ve devlet-piyasa ilişkileri bağlamında görece dengeli ve piyasaya dönük dizginleyici yöntemlerin uygulanabildiği sonuçlar yaratmıştır. Soğuk savaşın sona ermesi, reel sosyalizmin çöküşü serbest pazar ekonomisinin ve piyasanın yeniden belirleyici olabileceği bir yeniden yapılanma sürecinin olanaklarını hazırlamıştır (Alada, 2004: 18).

Geleneksel kamu yönetimi paradigması Weber'in kavramlaştırdığı bürokrasi modeline dayanmaktadır. Bu model; ayrıntılı kurallara ve biçimselliğe dayalı, gayri şahsi, katı hiyerarşi, kariyeri esas alan ve bir ölçüde merkeziyetçi nitelikler taşımaktadır. Bu ilkelerin kamu yönetiminde tarafsızlığı, verimliliği ve etkinliği sağlayacağı varsayılmıştır. Geleneksel yönetim anlayışında yönetimin hukuksallık ve ussallık boyutu ön plana çıkmıştır. Yönetimin hukuksallık boyutu; hiyerarşik olarak örgütlenmiş yönetim birimlerinin aralarındaki ilişkileri düzenlemekte ve yönetimin belli kurallara ve normlara göre kurulmasını ve işlemesini sağlamaktadır. Ussallık ise örgütün yapı ve prosedürlerinin işin gereklerine göre düzenlenmesidir. Devlet ve kamu yönetiminin yapısına ilişkin değişimin özünü, Weber'in bürokrasi modelinin reddedilmesi oluşturmaktadır. Böylece; merkezi yönetim- yerel yönetim ilişkileri

yeniden ele alınmış, merkeziyetçi yapılanmadan adem-i merkeziyetçi yapılanmaya doğru bir gelişme yaşanmıştır. Bunun temelinde bir yandan verimlilik ve etkililiğin sağlanması, diğer yandan da hizmeti halka yaklaştırma ve demokratik yönetime ulaşma düşüncesi yatmaktadır. Siyaset kurumunun, ekonomi biliminin yöntemleri ile incelenmesini öneren Kamu Tercihi Kuramı, kamu yönetiminde yer alan bürokratların diğer tüm insanlar gibi bireysel yararlarından hareket ettiklerini ileri sürerek, kamusal hizmetlerin etkin bir şekilde yerine getirilmesinde “kamu yararı” kavramı yerine “özel çıkar” kavramına başvurulması gerektiğine vurgu yapmaktadır (Alada, 2004: 18). Weberyen anlayışın önemli örgütsel yapılanma özelliğini yansıtan katı hiyerarşi ve kurallara sıkı bağlılık yerini yumuşak hiyerarşi ve esnek örgüt yapısına bırakmıştır. Yani yeni devlet ; az işlevli, az yer kaplayan, birey merkezli, az baskıcı ve etkin bir işleyiş stratejisi gütmekte ve çok yer kaplayan, total şekilde örgütlenmiş eski devlet giderek minimal, sınırlı, demokratik, eşitlikçi, hakem devlete doğru dönüşmektedir (Al, 2002: 46-47; Yıldırım, 2009: 107-111; Eryılmaz, 2002: 23; Eren, 2008: 63; Çevik vd., 2008: 44).

Artık sorun devletin ne yapması gerektiği değil, nasıl çalışması gerektiğidir. Osborne ve Gaebler (1993: 76-107) sorunların kaynağını, yanlış yönetime dayandırarak, kamu yönetiminin girişimcilik ekseninde yeniden düzenlenmesini savunurlar. Dolayısıyla kamu sektörünün içeriden piyasalaştırılması en temel önerme haline gelmektedir. Ayrıca özelleştirmenin yanı sıra rekabetin teşvik edilmesiyle kamu sektörü içinde de rekabet önem kazanacaktır. Bu yaklaşımın devlet kurgusu ise girişimci bir devlet modelidir. Modelin en temel önerisi ise özel sektörde uygulanan toplam kalite yönetiminin kamu sektörüne uyarlanması ve bürokraside girişimcilik ruhunun desteklenmesidir. Ancak girişimci devlet modelinin gerçekleşebilmesi bazı ilkelere bağlıdır (Osborne ve Gaebler, 1993: 19-20):

- Girişimci devletler, denetimi bürokrasiden topluma doğru kaydırarak vatandaşlara yetki devredebilecek ve kuruluşların başarıları, girdiler yerine çıktılara, yani mal ve hizmetlerdeki verimlilik sonuçlarına uygun değerlendirilecektir.
- Girişimci devlet örgütlenmesi, kamu örgütleri arasında rekabeti yükseltecektir. Kural ve düzenlemelere göre değil, misyonlara göre hareket edecektir.

- Bürokrasinin ihtiyaçları yerine müşteri ihtiyaçları ön plana çıkarılarak, sorunlar önceden öngörülebilecek; hiyerarşiden katılıma yönelerek merkeziyetçilikten kaçınılacaktır.
- Girişimcilik; hizmet önceliği yerine yetki önceliğini, takım çalışmasını, katılımcı bir yönetim anlayışını geliştirecek; bürokratik mekanizmaların yerine piyasa mekanizmalarını benimseyerek, kazanç sağlamaya odaklanacaktır.
- Girişimci devletler; sadece kamu hizmetlerinin sağlanmasına değil, ayrıca sorunların çözümü için bir araya gelen kamu-özel ve hükümet dışı örgütlenmeler arasında ortaklık ve kolaylaştırıcılık ekseninde katalizörlük rolünü üstlenecektir.

Aslında bu ilkeler kapsamında devlet için önerilen tema; rekabet, piyasalar, müşteriler, verimlilik gibi kavramların devlet örgütlenmesine taşınması; yani devletin piyasalaştırılması ve devlet örgütlenmesinin bir piyasa aktörü gibi özel sektörle rekabete girmesidir. Böylece girişimci devlete yapılan vurgu ile yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı en üst noktasına taşınır. Ancak girişimci devlet modeli siyasal karar alma süreçlerine kamu ve özel sektörün bir üçüncü ortağı olarak, sivil toplum örgütlerini de katarak kamu işletmeciliği yaklaşımından görece farklılaşmaktadır. Kamu işletmeciliğinin örgüt içi analizi; böylece toplumsal alana, örgüt dışına kaydırılmış ve devlet- toplum ilişkisi bu çerçevede yeniden düzenlenmiştir. Dolayısıyla girişimci devlet modelinde bir yandan kamu yönetimi alanında örgüt içi düzenlemelerde yeni kamu işletmeciliğinin temel önermelerine sahip çıkılırken, diğer yandan da klasik yönetim anlayışı yerine devletin her düzeyi için geçerli olacak ve devlet-toplum ilişkisini yeniden düzenleyecek yeni bir model; yönetim modeli önerilmektedir (Kernaghan, 1996; Keraudren ve Mierlo, 1998: 44).

En genel ifadeyle yönetim; merkezi ve yerel yönetimler, özel sektör, sivil toplum örgütleri gibi aktörleri de kapsayan ve bu aktörleri de yönetim/karar alma süreçlerinde vazgeçilmez paydaşlar olarak tanımlayan, çok aktörlü bir sistem olarak tanımlanabilir (Eryılmaz; 2002: 28). Dünya Bankası'nın 1992 yılında yayımlanan *Yönetişim ve Kalkınma* başlıklı raporunda yönetişimin dört unsuru şöyle tanımlanmıştır: i) kamu sektörü yönetimi, ii) hesap verebilirlik, iii) kalkınma

amacına yönelik yasal çerçeve, iv) şeffaflık ve bilgilendirme (Bayramoğlu, 2005; 40-41).

1970'lerden itibaren etkisini arttıran ve 1980'lerde hâkim ideoloji haline gelen neoliberalizm 1990'lı yıllarda dönemsel bir krize girmiş ve dünya genelinde yoksulluk ve işsizlik oranlarının artması, yaşanan ekonomik krizler, eğitim, sağlık ve diğer kamu hizmetlerinde bozulmalar bu krizin göstergesi olmuştur. Bu süreçte neo-liberal ideoloji yeniden gözden geçirilmiş, 1980'lerin minimal devlet söylemi yerini piyasa dostu devlet olarak da adlandırılabilen yönetim söylemine bırakmıştır. Bir diğer ifadeyle yönetim; minimal/etkisiz devlet söyleminden vazgeçildiği ve devletin toplumsal ve ekonomik yaşamda yeniden tanımlanmasına ihtiyacı duyulduğu 1990'lı yıllarda neo-liberalizmin krizden çıkma arayışında etkin bir aracı olarak ortaya çıkmıştır. (Güzelsarı, 2003: 20, 30). Yönetişim kavramı daha az yönetimi ya da minimal devleti ifade eden bir anlamda kullanılmaktadır. Bazı kesimler yönetişimi; devletin demokratikleştirilmesi, aşağıdan yukarıya örgütlenme ve toplumsal inisiyatiflere yol açma aracı olarak ele alırken, bazıları için de ekonomik aktörlerin ya da şirketlerin yönetimdeki rolünün arttırılmasının en iyi yoludur. Ancak kavramın en hızlı yayılan anlamı; azgelişmiş ülkelerde devletin yeniden yapılandırılmasıdır (Ayman Güler, 2005: 131-132). Kamu hizmetlerini korumak ve asgari bir iktisat politikası özerkliğini elinde tutmak isteyen ülkelere karşı yönetim etkili bir araç olarak kullanılmaktadır. Devleti küçültme politikası, yönetim kavramıyla kendine yeni ve güçlü bir araç sağlamıştır. Yönetişim kavramının temelinde, kamu yararını belirleyen ve koruyan aktör olarak devletin etkinliğinin azaltılması ve yasaların/kuralların yerini esnek düzenleme biçimlerinin alması yatmaktadır (İnsel, 2005: 129-131).

Yönetişim anlayışı çerçevesinde, geleneksel kamu yönetiminden yönetim anlayışına geçişle birlikte; daha ucuz, kaliteli, etkin bir hizmet anlayışını ve katılımcı, hesap veren ve saydam bir yönetim mümkün olabileceği ifade edilmektedir. Yönetişimin yararları ise; kamu yönetimini vatandaşa yaklaştırdığı, etkinleştirdiği, yolsuzlukla mücadeleyi sağladığı, kararlara farklı paydaşların katılımını sağlayarak kararların içeriğini zenginleştirdiği, demokrasiyi güçlendirdiği ve kurumların meşruluğunu artırdığı belirtilerek sıralanmaktadır (Toksöz, 2008:16-17).

Gerek ABD ‘de gerekse Batı ülkelerinde hızla yaygınlaşan yönetim anlayışı DB, IMF, OECD ve AB gibi ulus üstü kuruluşlar aracılığıyla az gelişmiş ülkelere de yapısal uyum programları adı altında dayatılmış olan uygulamalarda devletin küçültülmesine yönelik çalışmalarda kendini göstermektedir. Türkiye’de de kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması 1980 sonrasında hız kazanmış ve “merkezi yönetimi aşırı yüklenmişlikten ve borçlanmışlıktan kurtarmak, kaliteli, hızlı ve verimli hizmet üretmek, yerel yönetimleri daha güçlü hale getirmek ve mal ve hizmet üretiminde piyasanın daha fazla kullanılabilmesini sağlamak” gibi amaçlarla 2002 yılında iktidara gelen AKP hükümeti döneminde yeniden yapılanma adına uygulamalar ardı ardına hayata geçirilmiştir. Bu uygulamalar da temel hedefin, devletin sosyal devlet ve kamusal hizmetler alanındaki sorumluluklarının azaltılarak, merkezi yönetimin yerel yönetim, sivil toplum ve piyasa lehine küçültülmesi olduğu görülmektedir (Gül, 2005: 39-40, 49 ve Gül, 2008: 114).

1.2.2. Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı

1990 sonrasında kamu yönetimi alanında devletin rolü üzerine yapılan tartışma; sadece devletin işlevlerinin sınırlandırılması, yani devletin ekonomiden çekilmesi üzerine olmamış, devletin kurumsal yapısı da giderek önem kazanmıştır. Devlet; sadece küçültülmemeli, farklı bir rol de üstlenmelidir. Girişimcilik ruhu ile harekete geçirilen devlet, piyasa yönelimli olmalıdır. Yeni liberaller; devletin küçültülmesi ve kamu sektörünün faaliyet alanının daraltılması ile piyasa ekonomisinin kendi koşul ve kurallarına göre çalışma imkânlarını genişleteceğini öne sürmektedirler. Devletin ekonomiden çekilmesini, sosyal fonksiyonlarından arınması, kamu harcamalarının kısılmasını, klasik devlet fonksiyonlarını yerine getirirken de verimlilik ve etkililik anlayışının egemen kılınması için kamu yönetiminin özel sektöre benzetilmesini, kendisine hedef olarak belirlemiştir. Drucker ’a göre (1991: 69) kamu yönetiminde gözlenen bu değişimin üç temel nedeni bulunmaktadır: Birincisi, II. Dünya Savaşı’ndan bu yana kamu yönetimi programlarının ve uygulamalarının genelde başarısız olması; ikincisi, vergilendirme ve harcama yoluyla elde edilecek gelirin sınırlı olduğunun anlaşılması ve üçüncüsü de devletin gelir yaratma yeteneğinin sınırlı olmasıdır. Bu durumda, kamu yönetimi üzerine düşen görev; güvenlik ve yasaların uygulanması gibi sadece devletin yapması gereken işleri yapması; belli kuralları belirlemesi, herkesin kurallara uygun

hareket etmesini sağlaması ve devletin dışındaki kuruluşların yapabileceği işlerin devredilmesi olarak belirtilmiştir. (Walsh, 1995:3; Aksoy, 1995: 162; Emre, 2002: 301; Özer, 2005: 211-212).

Yeni kamu yönetimi; ekonomik kaygılardan hareketle kamu örgütlerindeki hizmet ve yönetim kalitesini artırmayı amaçlayan bir anlayıştır. Bu doğrultuda; bir yandan bürokratik değer yargıları ve yaklaşımları yoğun bir eleştiriye tabi tutulurken, diğer yandan da daha yaratıcı, zengin ve duyarlı bir hizmet, yapı, anlayış ve kültürün oluşumuna büyük bir önem verilmektedir. Yeni kamu yönetimi yaklaşımının özellikleri; özel sektör kavram ve yöntemlerinin benimsenmesi, yarı- piyasa ve sözleşme uygulamaları, performansı ölçmede açık standartların kullanılması şeklinde belirtilebilir. Yeni kamu yönetiminin yükselişinde, devletin belli başlı ekonomik faaliyetlerinden geri çekilmesinin ve topluma daha fazla tercih ve özgürlük tanınması anlamında, toplum hayatına daha az karışması da etkili olmuştur. Yeni kamu yönetiminin özünde; “kürek çekmek değil dümen tutmak; süreç değil sonuç; politika değil üretim; güç değil güçlendirme; çatışma değil işbirliği” olduğuna dair genel bir kanı bulunmaktadır. Yeni liberal politikalar olarak somutlaşan yeni kamu yönetimi anlayışı; devletin küçülmesini, kamusal sorumluluk alanının daraltılmasını ve düzenleyici-teknik devletin gerçekleştirilmesini hedeflemektedir. Düzenleyici devlet modeli Dünya Bankası ve IMF tarafından özellikle azgelişmiş ülkelere önerilmekte ve devletin rolünü piyasaların düzenlenmesiyle sınırlandırmaktadır. Bu modelde, devletin ekonomiye etkin müdahalelerde bulunması ve kamu hizmeti sunması dışlanmakta; sosyal politikalar gündemden düşürülmektedir. Ancak, düzenleyici devletin asıl ayırt edici yönü, minimal devlet modeli çerçevesinde devletin ekonomiye yönelik müdahaleleri iyice sınırlandırıldıktan ve piyasa modelinin egemenliği kurulduktan sonra, piyasaların düzenlenmesi gereksiniminin ortaya çıkması karşısında devletin bu görevi daha başarılı bir biçimde yerine getirebilmesi için yönetim mekanizmasına başvurulması olmaktadır. Nitekim düzenleyici devlet modeli ile yönetim arasındaki bağlantı bu noktada ortaya çıkmakta; yönetim, piyasaların düzenlenmesi konusunda daha etkili bir yöntem olarak gündeme getirilmekte, sistemin piyasa dinamizmine ve değişime uyum kapasitesini arttıran bir adım olarak değerlendirilmektedir (Glynn ve Murphy, 1996: 125; Yıldırım, 2009: 108-109; Özer, 2005: 242; Okçu, 2005: 274).

Geleneksel kamu yönetiminden farklı olarak yeni kamu yönetimi; kamu hizmetlerinin sunumuna yönelik kamu yararı- özel yarar, yurttaş odaklılık- müşteri odaklılık, siyasal yarar- ekonomik yarar gibi ayrımlamalardan birinciler lehine olan duyarlılıkları göz ardı etmektedir. Kamu yönetimindeki görevler daha geniş boyutlu, çok etmenli bir süreç olarak algılanmaktadır. Kamu hizmetlerine ilişkin karar ve uygulamalarda kamu sektörünün mutlaka tek başına ve belirleyici bir rol alması gerektiği düşüncesi ise reddedilmektedir. Önemli olan; hizmetleri sunan kuruluşların yer aldığı ölçek veya sektör değil; sunulan hizmetlerin kalitesi, performans düzeyi ve verimliliğidir (Yıldırım, 2009: 109). Bu bağlamda Türkiye'ye bakıldığında 1980'li yıllarda iktisadi-ticari alanda başlatılan liberalizasyon çalışmaları hukuki ve idari sonuçlarını gecikerek gerçekleştirme arifesindedir. Yeniden yapılanmanın gerekçelerinde kamu yönetiminde 21. Yüzyıl vizyonu olarak, ekonomi ve yönetim teorisindeki değişimlere vurgu yapılarak refah devleti yerine düzenleyici devlet ve klasik bürokratik yönetimden farklı bir ussallık içinde esnek yönetişime geçiş gereklilikleri açıklanmaktadır (Alada, 2004: 18; Gül ve Sallan Gül, 2007: 501-502).

1980'li yıllarda gündeme gelen yeni kamu yönetimi anlayışı, yönetim alanında yeni bir paradigma oluşturmaktadır. Yeni kamu yönetimi anlayışı; işletmecilik, piyasa temelli kamu yönetimi, girişimci yönetim, yeni kamu işletmeciliği gibi ifadelerle de adlandırılmaktadır. Yeni kamu yönetimi anlayışı; kamu yönetiminin yapısı ve işleyişi üzerinde yoğunlaşan eleştirilerle iletişim ve teknolojiye paralel olarak, özel sektörde gözlemlenen değişim ve dolayısıyla ekonomik anlayışta meydana gelen değişiklikler sonucunda doğmuştur. Bu anlayışta süreç, yöntem ve kurallara uygun olarak işleri sevk ve idare etmek demek olan yönetim (administration) anlayışından; performans ölçme, sorumluluk alma, kaynakları etkili ve verimli kullanma, hedef, strateji ve öncelikleri belirleme anlamına gelen işletme (management) anlayışına doğru bir kaymanın olduğu görülmektedir (Çevik vd, 2008: 35).

1.2.3. Yeni Kamu İşletmeciliği

Yeni liberal anlayış, devletin mevcut rolünü terk ederek, piyasa mekanizmalarına dayalı bir işletme gibi yönetilmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır. Yeni kamu işletmeciliğiyle etkisini gösteren yeni liberal anlayış özünde; piyasa mekanizmalarını kamu hizmetlerine yerleştirmeyi, devlet toplum arasında kurulu

olan dengeyi özel sektöre doğru genişletmeyi amaç edinmiştir. Bu doğrultuda, yeni liberal politikaların; “düzenleme dışı bırakma, özelleştirme, piyasalaştırma, ücretlendirme, performansa göre ödeme” uygulamaları ile somutlaştığı söylenebilir. Yeni liberal anlayışta öncelikle ekonomik faaliyetlerden başlayarak devletin, sunduğu tüm hizmetleri de kapsayacak biçimde küçültülmesi söz konusudur. Ayrıca, kamu yönetimi sisteminin işletmeleştirilmesi ve kamu örgütlerinin işletme gibi çalışmasını sağlayacak düzenlemelerin yapılması, yani devletin piyasalaştırılması amaçlanmaktadır (Eren, 2008: 80-81).

1980’li yıllarda kamu harcamalarının artışı ve vatandaşın sosyal refah hizmetlerine olan talebinin artmasının refah devletini mali krize soktuğu tartışmalarının sonucunda; devletin küçültülmesi politikaları çerçevesinde; kamu harcamalarının ve istihdamın azaltılması, özelleştirme, deregülasyon ve kamu hizmetlerinin sunulmasında etkinlik artırımının sağlanması uygulamalarına gidilmiştir. Ancak 1990’lı yıllarda, kamu kesimi küçültülse bile geri kalanının çok daha iyi bir şekilde yönetilmesi ve kamu hizmetlerinin az kaynakla daha etkin bir biçimde yönetilmesi gerektiği düşüncesiyle, kamu yönetiminin özel sektör işletmelerine benzetilmesi hedeflenmiştir (Ömürgönülşen, 2003:4; Emre, 2003: 166).

Yeni kamu işletmeciliği; geleneksel bürokratik yapıları parçalayıp, sadece politika yapımı, planlama ve eşgüdümünden sorumlu bakanlık ve benzeri kuruluşlar ile yerinden yönetim sistemi doğrultusunda örgütsel ve mali özerkliğe kavuşturulmuş icracı kuruluşlar oluşturmak amacındadır. Bunun için de, merkezi yönetim bakanlıklarının hizmetlerin yürütülmesiyle ilgili genel politika yapma işlevleri dışında başka görevlerinin olmaması, kamu hizmetlerinin sunulmasıyla ilgili faaliyetlerin tamamının özerk kamu kuruluşları aracılığıyla yürütülmesi gerektiği ileri sürülmektedir. Yeni kamu işletmeciliğinin en önemli ilkesi; kamu yönetiminde piyasa mekanizmaları kullanılmasıdır. Bunun temelinde ise etkin ve verimli hizmet sunumunu sağlamak için piyasa sistemine göre çalışan kurumların, kamu kurumlarından daha başarılı oldukları düşüncesi yer almaktadır. Rekabetin ve piyasa mekanizmalarının etkin hale getirilmesi yoluyla, kamu hizmeti sunumunda verimliliğin, üretkenliğin ve esnekliğin artırılması, denetim mekanizmalarının iyileştirilmesi ve yönetimde saydamlık gibi hedeflerin gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca yeni kamu işletmeciliğinde diğer politika öncelikleri

arasında; “insan kaynakları yönetiminde sorumluluğu merkezi personel örgütlerinden ilgili hizmet kuruluşuna devretmek; daha esnek ve performans temelli insan kaynakları yönetimi teknikleri kullanmak; üst düzey yöneticiler için memur güvencesini ortadan kaldırmak ve performansa dayalı sözleşme sistemine geçmek; çalışanlarla ilgili modern performans değerlendirme teknikleri kullanmak; kamu kuruluşlarının yapılarını daha esnek, işleyişlerini daha şeffaf hale getirmek; hizmet sunulan halkın müşteri olarak görülmesini sağlamak; bürokratik değerlere dayanan geleneksel kamu hizmeti kültürünü piyasa değerlerine dayanan yeni bir kamu hizmeti kültürü ile değiştirecek politikalar geliştirmek” yer almaktadır. Uluslar arası düzlemde kamu işletmeciliği yaklaşımının yaygınlaştırılmasında, OECD, IMF, DB gibi uluslar arası finans kuruluşları önemli rol almaktadırlar. Bu kuruluşlar, ulus-devletlerin yönetim sistemlerini etkileyecek bağlayıcı kararlar alarak, işletmeciliğin kamu yönetimi alanında uygulanmasını olanaklı kılmaktadırlar (Eren, 2003: 83-105; Ömürgönülşen, 2003: 23; Aksoy, 1998: 10-12; Güzelsarı, 2004: 93-95).

Yeni bir paradigma olarak nitelendirilen kamu işletmeciliğinin temel yaklaşımları şu şekilde sıralanmaktadır (Üstüner, 2000: 16-20; Ömürgönülşen, 2003:22-23):

- Genel vurgu siyasetten yönetime kaymıştır. Sorumlulukları ve yetkileri açık olarak tanımlanacak yöneticilere, yönetme özgürlüğü sağlanarak, yöneticilerin alacakları tüm kararlarda maliyet bilinci ile davranmaları sağlanacaktır.
- İdari sistemlerin düzenlenmesinde piramit örgüt modeli yerine yatay örgütlere geçilmiştir. Dolayısıyla; geleneksel devlet örgütlenmesi içinde bürokratik yapıların birbiriyle kullanan ya da yararlanan öder ilkesi temelinde ilişki kuracak olan yarı- özerk birimlere ayrılması sonucunda, bağlı oldukları bakanlıklardan ayrı olmakla birlikte devletin denetimine bağlı kamu kurumu niteliğinde kuruluşlar yapılandırılmaya başlamıştır.
- Süreçlere odaklı bir yönetim anlayışından sonuçlara odaklanan bir yönetim anlayışına geçilmiştir. Buna göre; kamu kuruluşları ürettikleri mal ve hizmetler ile bunlardan elde edilen verimliliğe göre değerlendirilecektir. Resmi süreç ve kurallara bağlı uygulamaların temel alındığını idare yerine, sonuçlara ulaşılması için kaynakların etkin kullanımına yönelik bir ilginin

öne çıkarılması, kamu sektöründe işletmenin faaliyet sürecinden üstün olduğu düşüncesine öncelik kazandırmıştır.

- Kaynakların dağılımında performans ölçümlerinin sonuçları dikkate alınacağından; performans göstergeleri, performansa bağlı ödeme ve kalite geliştirme gibi konular önem kazanarak, performans değerlendirmesi ve verimlilik kriterinin belirlenmesinde niceliksel yöntemlerin kullanılması önerilmektedir.
- Ayrıca hizmetlerin esnek sunumu da önem kazanmıştır. Bu anlamda vatandaş kavramı; bireysel tüketici veya kamu hizmetlerinin saygın müşterisi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca; kamu işletmeleri özelleştirme yoluyla parçalanmış, esnek, uzmanlaşmış ve özerk birimlere bağlanmıştır.
- Kaynak kullanımında disipline ve ekonomik tutumluluğa vurgu yapılmaktadır. Bunun için kamu hizmetlerinin sunulmasında rekabet artırıcı girişimlere yer verilmesi gerektiği ileri sürülmektedir.

Kamu hizmetlerine yönelik beklentileri değiştiren bireycilik, rekabetçilik, karlılık, verimlilik, esneklik gibi değerlerin yönetim anlayışına egemen olmasını sağlayan ekonomik, toplumsal, siyasal ve kültürel dinamikler Türk kamu yönetimini de etkilemiştir (Sallan Gül, 1999: 69). Türk kamu yönetiminde yaşanan değişimin temel kavramları olarak yerelleşme, yönetim, özelleştirme ve piyasalaşma ön plana çıkarken; işletme yönetiminin piyasa, müşteri, insan kaynakları, performans, strateji gibi kavramlarının da kamu yönetimi disiplini ve örgütlenmesi içine yerleştirildiği görülmektedir. Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı, kamu yönetimi reformları çerçevesinde ülkemizde uygulama alanına girmektedir. Kamu yönetim sisteminin yapısal, örgütsel ve beşeri alanlarında gündeme gelen çok sayıda yasa tasarısı ve bu tasarıların yasalaşmasıyla somutlaşan reform uygulamaları, yeni kamu işletmeciliği anlayışının bir yansıması olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda kamu yönetiminde köklü değişiklikler getiren Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı ve Kamu Mali Yönetimi ve Kontrolü Kanunu, yerel yönetimlerin yeniden yapılandırılmasına yönelik kanunlar, ülkemizde yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının temel ilkelerini uygulama düzeyini taşımıştır. (Kayıkçı, 2007: 182; Karıcı, 2008: 53).

2000’li yıllarda gündeme gelen kamu yönetimi reformu, yeni liberalizm anlayışı çerçevesinde 1980’li yıllardan beri uygulanmakta olan yapısal reformların ikinci dalgasıdır. İlk dalga 1980’lerden başlayarak iktisadi-mali liberalizasyon reformları dalgası olmuştur. Bu çerçevede mali ve ticari serbestleştirme, yabancı yatırımların desteklenmesi, özelleştirme, devletin tekelci yetkilerinin kaldırılması ve kamu yatırımlarının sınırlandırılması politikaları yürürlüğe koyulmuştur. İkinci dalga, 1990’lardan başlayarak 2000’li yıllarda belirgin hale gelmiş ve dikkatler devlet aygıtının kendisine çevrilmiştir. Hem dinamikleri hem politika oluşturucusu bakımından dışsal olan reform politikasının ikinci dalgası, Türkiye’de bir dizi düzenlemeyle birlikte Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı (TBMM’de değişen adı ile “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun”) ile içselleştirilmektedir. Bu tasarı, yeni liberal reform politikasının hem ilkelerini hem kavram-kurum ağını tartışmaksızın olduğu gibi kabul etmiştir (Ayman Güler, 2004: 27). Bu düzenleme ile devletin piyasada, toplum ve birey hayatında üstlendiği tüm görev ve sorumluluklarla bunların yerine getiriliş biçimleri yeniden yapılandırılmaktadır. Bu yeniden yapılanma sürecinde yeni liberal tezlerin temel alındığı görülmektedir (Sallan Gül ve Gül, 2004: 96; Gül, 2005: 46). Bir diğer ifade ile kamu yönetiminde yeniden yapılanma ele alınırken, “yeni kamu yönetimi” anlayışına ait kavramsal dil kullanılmaktadır. Bu dil; hukuk ve siyasetin belirleyici olduğu geleneksel kamu yönetimi anlayışının yerine, ekonomizmin dilinin özelliklerini taşımaktadır. Müşteri, verimlilik, etkinlik, rekabet, performans gibi kavramlar yaygın olarak kullanılmaktadır (Alada, 2004: 17).

Türkiye’de kamu yönetimi alanında yaşanan yapısal dönüşümde yönetim ve yeni kamu işletmeciliğinin rehber edinildiği görülmektedir. Bu bağlamda, kamu yönetimini; genel olarak yavaş işleyen bürokratik yapısından kurtarıp, daha girişimci, değişime daha hızlı ayak uydurabilen, verimli ve şeffaf çalışabilir bir duruma getirme çabası gözlenmektedir. Ancak bu yapılırken sözleşmeli çalışmanın yaygınlaştırılması, bürokrasinin azaltılması ya da bürokrasiden vazgeçilmesi, devletin işlevlerinin piyasaya devri gibi uygulamalara bel bağlanmaktadır. Bir diğer ifadeyle, daha küçük ama daha etkin ve ekonominin hizmetinde bir kamu yönetimi hayaline göre hareket edilmektedir. Kamu yönetiminin yaptığı işleri nasıl daha iyi yapacağına değil, yapılması gereken işlevlerin nasıl sınırlandırılacağına indirgemeye

çalışılan bir reform anlayışı sezilmektedir. Kamu personeli sisteminde, insan kaynakları yaklaşımı, performans temelli ücretlendirme, sözleşmeli ve parça zamanlı çalışma gibi uygulamalar öne çıkmaktadır. Bu uygulamalar dikkate alındığında kamu işletme ya da yönetim modeline uygun esnek örgütlenme ve çalışma biçiminin yaygınlaştığı görülmektedir (Gül ve Memişoğlu, 2007: 103-104).

Ancak birçok yazarın belirttiği gibi yeni liberal yapılanma sürecinde “bir duruş, eğilim, öğreti ve hatta kamu yönetimi yaklaşımının yerine evrensel bir paradigma” olarak önerilen yeni kamu işletmeciliği; her ne kadar devletin verimliliğini geliştirmede kullanılacak tekniklerin bir bütünü gibi sunulsa da, gerçekte piyasa güçlerinin uygun koşullarda işleyişinin devlet eliyle desteklenmesi ve aynı zamanda düzenlenmesi politikalarının bir parçası olmuştur. Başka bir ifadeyle devlet; kapitalist küreselleşme sürecinde özel sektörün uzun vadeli stratejilerini düzenleyecek ve bu düzenleme de küresel bütünleşmede kolaylık sağlayacak bir devlet olmalıdır (Coombes, 1998:23; Klickberg,1994: 188).

1980’li yıllardan günümüze yeni liberal politikalarla kamu hizmetlerinin bedelsiz olmaktan çıkarılması, “ kullanan ya da yararlanan öder” ilkesinin uygulanması, devlet- vatandaş ilişkilerinin yöneten- yönetilen’ den üretici-tüketici konumunda dönüştürülmesi gerektiği hem söylemde hem de reform uygulamalarında yerini korumaktadır. Kamu sektörünü işletmeleştirmeye yönelik çabalar; önceki dönemlerin yaklaşımlarından farklı olarak, devlet- piyasa; devlet- bürokrasi; devlet- vatandaş ve bürokrasi- vatandaş ilişkilerinde de bir dönüşümü temsil eder (Güzelsarı, 2004:7).

İngiltere ve ABD’de uygulamaya aktarılan yeni sağ politikalar, başlarda alternatifsiz tek yol olarak sunulurken, bu politikalara kısa sürede itirazlar da gelmeye başlamıştır. Kamu yönetiminde bir değişim ihtiyacı olduğu kabul edilirken, bunu sağlamanın tek yolunun, kamu kuruluşlarını özel işletmelere benzetmek olmadığı ifade edilmiştir. İşletmecilik anlayışının kamu yönetimine egemen kılınmasının imkânsızlığına ve tehlikelerine dikkat çekilmiş ve kamu kesiminde işletmecilik anlayışı ile kamu yönetiminin geleneksel anlayışı arasında bir bağ kurulmasının zorunluluğu ortaya konulmuştur (Emre, 2002: 302; Ömürgönülşen, 2003: 31). Bazı kesimlerce ortaya konan bu çabaların yalnız kamu kuruluşlarını özel sektör kuruluşlarına benzetmek amacıyla olmadığı; aynı zamanda kamu yönetimine

işletmeciliği uygulamakla kalmayıp kamu yönetimini özel kesim yönetimine dönüştürmek, kamu sektörünü özelleştirmek ve böylece kolektifliği bireyselleştirmek olduğu iddia edilmiştir. Ancak kamu sektöründe işletmeciliğin, iş yönetimine, müşteri odaklılığa ve piyasa rekabetine açık olduğu da ısrarla savunulmuştur. Yalnızca etkililik ve etkinlik üzerinden yola çıkılmadığı; ayrıca yasallık, hukuksallık gibi değerlere sahip olunduğu; yönetimin sadece içsel yönünün değil, sosyo-politik çevrede dışsal yönünün de bulunduğu belirtilmiştir (Emre, 2002: 302; Kicket, 1997: 176).

1.2.4. Yeni Liberal Anlayış Doğrultusunda Kamu Hizmetinin Dönüşümü

Kamu hizmeti, “devlet veya diğer kamu tüzel kişileri tarafından veya bunların gözetim ve denetimi altında geneli kolektif ihtiyaçları karşılamak, kamu yararını sağlamak için kamuya sunulmuş olan devamlı ve muntazam faaliyetler” olarak tanımlanmaktadır. Bir hizmetin kamu hizmeti sayılabilmesi için en iki koşulun gerçekteşmesi gerekmektedir. Bunlardan biri; hizmetin kamuya yöneltilmiş ve kamuya yararlı olması; diğeri ise hizmetin kamu kuruluşlarınca ya da kamu kuruluşlarının sıkı gözetimi ve denetimi altında özel hukuk kişilerince yürütölmesidir (Onar, 1996: 13; Bozkurt vd., 1998: 128-129).

Kamu yararı ise; kamu yönetiminin eylem ve işlemlerinde yöneldiği ve toplumun bir kesiminin ya da tümünün yararını kollamaya dönük, temel ve genel hedef olarak tanımlanmaktadır. Bir hizmetin kamu yararına yönelik olup olmadığının tespitinde kullanılan ölçütlerden biri; bir hizmetten elde edilen kazancın tekrar aynı hizmet için kullanılıp kullanılmadığı iken diğeri ise kamu hizmeti için yapılacak her türlü işlem ve eylemden toplumun zarar görmemesi ya da en az zarar görecek şekilde yapılmasıdır (Bozkurt vd., 1998: 132-133; Öztekin, 2002: 194). Kamu hizmeti sunan kuruluşlar genelde kamu yararı ilkesinden hareket ettiklerinden dolayı halkın beklentilerini gerçekteştirme ya da kaliteli hizmet sunma konusunda birtakım sıkıntılar yaşayabilmektedirler. Dolayısıyla bir hizmetin yerine getirilmesinde kamu yararı gözetiliyorsa, o hizmetin nitelikli bir kamu hizmeti olmasa da yerine getirilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Kamu hizmetleri genel menfaatlerin özel menfaatlere üstünlüğüne, yetki ve sorumluluk esaslarına, objektif hukuk kurallarına

ve bunların doğurduğu objektif hukuki durumlara dayanmaktadır (Alada, 1993: 30; Sezer, 2008:157).

Refah devleti döneminde birçok devlette yaygın olarak uygulanan hizmet sunum biçimi, merkezi yönetimce belirlenen hizmetlerin tüm ülke çapında tek tip şeklinde sunumu olmuştur. Ancak refah devleti uygulamalarına; tercih yokluğu ya da sınırlılığı, müşteri odaklı bir yaklaşımın olmaması ve düşük verimliliğe sahip olması nedeniyle yoğun eleştirilerde bulunulmuştur (Uluatam, 1997: 17; Besley ve Ghatak, 2003: 236). Yeni liberaller; kamusal hizmet sunumunun serbest piyasa anlayışı içinde yeniden yapılandırılması durumunda, kamu bürokrasilerinde görülen aşırı bürokratikleşmenin artık olmayacağına ve işlerin verimlilik ilkesine göre yürüyeceğine inanmaktadırlar (Sallan Gül, 2004: 38). Yeni liberallere göre kamu hizmetleri ticarileştirilebilir ve özel sektör tarafından da sunulabilir. Ayrıca özel girişimciliğin kamusal birçok hizmeti; kamu girişimlerinden daha etkin bir biçimde yerine getireceği yaygın olarak kabul edilmektedir (İnsel, 2005: 161). Friedman'a göre (1988: 296), eğer devlet müdahalesi gerekli ise, ihtiyaç içinde olan yoksullara, bazı refah hizmetleri; serbest piyasa mekanizması içinde sunulmalı ya da sundurulmalıdır. Bu; rekabeti arttıracak, hizmetlerin kalitesini yükseltecek, sunulan hizmetlerin sayısını arttırarak tüketiciye daha fazla seçenek sunacak ve dolayısıyla da bireysel özgürlüklere, ekonomik büyümeye ve piyasa sistemine katkı sağlayacaktır. Karahanoğulları ise (2004: 2); devletin temel görev alanlarında yaşanan bu dönüşümün; toplumsallık kaygısından uzak, salt düzen sağlama işlevine odaklanan bir etkinlik anlayışını ifade ettiğini belirtmektedir.

Yeni liberal anlayışla birlikte bireycilik, girişimcilik, rekabetçilik gibi piyasa eksenli değerler çerçevesindeki yeniden yapılanma arayışları, giderek büyüyen kamu kesiminin savurganlığının ve kaynak kullanımındaki verimsizliğin ekonomi için bir yük haline gelmesi, bundan ülkelerin rekabet gücünün olumsuz yönde etkilenmeleri nedeniyle yönetimin yeniden düzenlenmesinde ve kamu hizmetinin sunulmasında özel sektör gibi esnek ve yalın örgütlenmenin gerekliliği, karlılık ve verimlilik gibi piyasa temelli ve insan kaynaklı ilke ve uygulamaların popülaritesi, bu anlayışın günümüzdeki konumuna ulaşmasına yol açmıştır (Saran, 2001: 43). Özellikle 1960-1970 yılları arasında kamu hizmeti; zorlama, açık verme, bürokrasi, devletleştirme gibi kavramlarla eş anlamlı görülmüş; etkinlik, verimlilik ve dinamizmi simgeleyen

özel girişimin karşısı gibi algılanmıştır. Kamu hizmeti kavramının önemi kamu kesiminin genişlemesine karşı çıkıp devletin küçültülmesinden yana görüşlerin yoğunlaştığı süreçte daha da artmıştır. Bu dönemde kamu hizmetlerinin siyasal ve idari boyutları belirlenirken üç temel hedef saptanmıştır: bunlar kamu kesiminin küçültülmesi, devlet rolünün yeniden tanımlanması ve kamu kesiminin etkin hale getirilmesidir (Bozkurt vd., 1998: 128). Görüldüğü üzere kamu hizmeti anlayışında, ilkelerinde ve finansmanında dönüşüm yaşanmaktadır. Özellikle Batılı ülkelerde benimsenen yeni kamu hizmeti anlayışının ilkeleri şu şekilde sıralanabilir (Özer, 2005: 186; Denhardt ve Denhardt, 2001: 398):

- Yeni anlayışta kamu görevlisinin temel görevinin; vatandaşa yardım etmekten, toplumu yeni gelişmeler doğrultusunda yönlendirmekten ve denetlemekten çok onların çıkarlarına cevap vermek olmalıdır.
- Kamu yöneticisi paylaşılmış kamu çıkarı olgusunu ortaya çıkarabilmelidir. Hedef; bireysel tercihlere göre hızlı çözümler bulmak olmamalı, çıkarların ve sorumlulukların paylaşılması sağlanmalıdır.
- Politikalar ve programlar, kamu ihtiyaçlarını karşılamalı ve bu toplu çaba ve süreçler aracılığıyla gerçekleştirilmelidir.
- Kamu çıkarı, paylaşılmış değerlerle ilgili bireysel çıkarların bir araya getirilmesinden çok, diyalogun bir sonucu olmalıdır. Bundan dolayı, kamu görevlileri; tüketicilerin taleplerini karşılamaktan çok, onlarla aralarında görülen ve işbirliğine dayalı ilişkiler kurma çabasında olmalıdırlar.
- Kamu görevlileri, özel sektör yöneticilerine göre çok daha dikkatli olmalıdırlar. Yazılı kanunlara ve anayasaya karşı hata yapmamalıdırlar. Toplumsal değerlere, politik normlara, profesyonel standartlara ve vatandaş çıkarlarına dikkat etmelidirler.
- Kamu kuruluşları ve bağlı oldukları birimler, uzun dönemde başarılı olabilirler. Ancak bu süreçte herkesin birbirine saygı duyduğu, paylaşılmış liderliğe dayanılırsa ve işbirliği süreci gerçekleştirilirse, bu mümkün olabilir.
- Kamu çıkarı, kamu görevlileri ve vatandaşlar; topluma “halkın parasını kendisinin gibi kullanan” girişimci yöneticilerin yaptığından daha fazla, anlamlı katkı sağlarsa daha iyi gelişir.

1970'lerin ortalarında kapitalist sistemin dünya genelinde yaşadığı krizin bir yansıması olarak ortaya çıkan devletin rolünün ve yapısının yeniden tanımlanma sürecinin en çarpıcı etkileri, kamu kesimi ve kamu yönetimi üzerinde olmuştur. Bu dönemde, gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde uygulanan yeni liberal politikaların etkisiyle kamu kesiminde değişimin gerekliliği, kamuda reform ve kamu yönetimi için yeni bir yaklaşım arayışı konuları gündeme gelmiştir. Yeni kamu işletmeciliği başlığı altında özetlenebilecek yeni yaklaşım doğrultusunda, kamu yönetimi disiplini kuram ve uygulama düzleminde ciddi dönüşümler yaşamıştır. Bu dönüşümün en önemli yansımaları kamu hizmeti alanında gözlenmiştir. Devletin sosyo-ekonomik alanda üstlenmiş olduğu rollerin en somut göstergesi ve kamu yönetimi disiplininin temel konusu olarak kamu hizmeti kavramı, bu süreçte önemli bir ilgi odağı haline gelmiştir. Kamuda dönüşüm süreci sonucunda, kamu hizmeti kavramına egemen olan temel ilkeler ve kamusal değerlere dayalı geleneksel kamu hizmeti anlayışı değişime uğramıştır (Karabulut Uçar, 2007: 403).

Kamu yönetimi anlayışında ve kamu hizmeti kavramının dönüşümünde oldukça etkili olan belli başlı ilkeler şu şekilde sıralanabilir:

- Kamu hizmetlerinin sunumunda ve kamu kuruluşlarının işleyişinde esneklik, şeffaflık, hesap verebilirlik, kalite, verimlilik, ekonomiklik, etkililik ve etkinlik öğelerinin vurgulanması,
- Kamu kesiminde ve kamu hizmetlerinin sunulmasında piyasa benzeri mekanizmalar kullanılması,
- Süreçlerden çok sonuçlara odaklı bir yönetim anlayışının geliştirilmesi,
- Çalışanların önceden belirlenmiş performans ölçütlerine göre değerlendirilmesi,
- Kamu yönetiminde desantralizasyon, hizmetin kullanana en yakın yer ve kuruluşça sunumunun sağlanması (Karabulut Uçar, 2007: 413-414; Ömürgönülşen, 2003: 22-24; Gül, 2005: 40, 49).

Günümüzde özellikle Batılı ülkelerde yeni kamu hizmeti anlayışı benimsenmektedir. Bu anlayış yeni kamu yönetimi anlayışının ilkelerini hizmet sunumunda benimsemektedir. Kamu hizmetleri ile ilgili de bazı yeni yöntem ve uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Bunlardan bazıları şu şekilde ifade edilebilir (Denhardt ve Denhardt, 2000: 554-556):

- Bizzat hizmet sunumundan ziyade hizmetlerde yönlendirme: Yeni yönelimde, bir devlet memuru vatandaşı sıkı bir şekilde sorgulamak ve yönlendirmek yerine onlara yardımcı olarak ortak çıkarların paylaşılmasını sağlamaktadır. Yönetim birçok konuda çeşitli gruplarla etkileşim içinde bulunarak karar verecektir. Bu yeni anlayışta kamu görevlisi, vatandaşa artık sadece “evet” ya da “hayır” diye cevap veren bir anlayıştan sıyrılmaktadır.
- Üretim değil, kamusal çıkar temel amaçtır: Kamu yöneticileri, kamusal çıkarların paylaşılması fikrinin gelişmesine bütüncül bir katkıda bulunmalıdır. Amaç, bireysel tercihler tarafından yönlendirilen hızlı çözümlerin bulunmasından ziyade, ortak çıkarların yaratılması ve sorumlulukların paylaşılmasıdır.
- Yeni kamu hizmetlerinde bir başka önemli nokta stratejik düşünmek ve demokratik davranmaktır. Politika ve programlar, kamusal ihtiyaçların karşılanmasındaki kamusal gereksinimler, ortak çabalar ve işbirliği süreciyle daha kolay başarılabilir.
- Hizmet müşterilere değil, vatandaşlardır. Bireysel çabaların toplamından ziyade değerlerin paylaşılmasındaki diyalogdan oluşan kamusal çıkar önemlidir. Bundan dolayı, devlet memuru sadece müşterilerin taleplerine cevap vermez, bununla birlikte vatandaşlar arasında işbirliği ve güven ilişkilerini de geliştirmeye çalışır.
- Kamu hizmetlerinde yeni yaklaşımda sorumluluk basit bir olgu değildir. Devlet memuru, özel sektördeki görevlilerden daha dikkatli olmalı; aynı zamanda vatandaş çıkarlarında, politik kurallarda, profesyonel standartlarda, topluluk değerlerinde anayasaya ve yasalara uygunluğu gözetmelidir.
- İnsanların en önemli değeri sadece verimlilik değildir. Kamu kuruluşları ve diğer organizasyonlar katılımı özendirmeli, bütün insanlar için saygıya dayalı paylaşılan liderliği ve işbirliği sürecini hayata geçirmelidir.

Günümüzde devletin kamu hizmeti olarak verdiği pek çok hizmet (eğitim, sağlık, sosyal güvenlik vb.) artık kamu hizmeti ya da kamusal mal olarak görülmemektedir. Bu alanlarda; serbestleşme, deregülasyon ve özelleştirme adı altında reformlar bütün hızıyla devam etmektedir (Aktan, 2003: 159). Bir başka değişiklik de kamu hizmetlerinin finansmanında gözlenmektedir. Kamu hizmetinin

karşılıksız olduğu anlayışı terk edilip, yararlananlardan yararlanmaları karşılığı bir bedel alınması uygulaması yaygınlaştırılmaktadır. İdare karşısında idare edilen veya kamu hizmetinden yararlanan değil, müşteri konumunda bulunduğundan söz edilmesi ise bu anlayış değişikliğinin bir sonucu olarak görülmektedir (Tan, 1995: 179)

Yeni liberallerin kamu hizmetlerinin azaltılması ve devletin işlevlerinin daraltılması isteklerinde, kamu kesiminden piyasaya gelen taleplerin özel kesim için çekici bir pazar payı olması da önemli bir etkidir. Ancak; gelir düzeyinin düşüklüğü ve gelir dağılımındaki eşitsizlikler nedeniyle kamu kesiminin piyasadan çekilmesinin talebi de düşürmesinden dolayı kamunun piyasadan tamamen çekilmesi yerine sadece doğrudan üretimden çekilmesi ve kamusal finansmanın devamı ilkesinin korunması yoluna gidilmiştir. Bir başka ifadeyle; mal ya da hizmetin özel sektörden sağlanması yolu tercih edilmeye başlanmıştır. Girişim ve tercih özgürlüğüne, rekabete dayanan piyasa temelli çözüm önerilerinin zayıf noktasının ise; özel mallardan farklı özellikteki kamu mallarının sunumunda, özel hizmet sunum modellerinin uygulanmaya çalışılması olduğu, ifade edilmektedir (Besley ve Ghatak, 2003: 237).

1.2.5. Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü

1970’li yıllardan itibaren dünya genelinde yaşanan değişimlerle birlikte, kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması, kamu sektörünün küçültülmesi, özel sektörde kullanılan yöntemlerin yaygınlık kazanması, yetkilerin alt birimlere devredilmesi, rekabetin ve tercihin geliştirilmesi, hesap verebilirliğin sağlanması ve performans uygulamalarının yaygınlık kazanması anlayışlarının gelişmesiyle birlikte kamu hizmetlerinin önemli bir parçasını oluşturan sağlık hizmetlerinde de benzer değişimler yaşanmıştır (Balcı ve Kırılmaz, 2007: 141). Gelişmiş ülkelerde refah devleti döneminde sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı hızlı bir şekilde artmıştır. Sağlık harcamalarının artmasının nedenleri arasında; sağlığın bir tüketim maddesi haline gelmesi, nüfusun giderek yaşlanması, teknolojinin gelişmesine bağlı olarak tetkik ve tedavinin pahalılaşması vb sayılabilir. Yeni liberal politikalarla birlikte sağlık harcamalarının azaltılması ve kamusal alanın yeniden düzenlenmesi hedeflenmiştir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine,

özellikle de tedavi edici hizmetlere olan talebin artması, sağlık personelinin iş yükünün artması, hızlı teknolojik gelişmeler, bürokratikleşme, personelin ileri derecede uzmanlaşması ve hizmetin aşırı derecede parçalanması ve artan maliyetler sağlık hizmetlerinde değişimin nedenleri olarak sıralanmaktadır (Belek, 2009: 333). Bu doğrultuda piyasa ekonomisi modeli; rekabet, verimlilik, toplam kalite, esneklik gibi işletme değerleri sağlık hizmetleri alanında hayata geçirilmiş, böylece sağlık hizmetleri sunumunun özel kesime devredilmesi ve sağlık hizmetlerinde piyasa egemenliğinin oluşturulmasına odaklanılmıştır (Belek, 2001: 250; Yıldız, 2008: 31; Stambolovic, 2003: 78).

1980’li yıllardan itibaren Dünya Bankası ve IMF; diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörünün yeniden şekillenmesinde de etkili olacak yapısal uyum programlarını gündeme getirmişlerdir. Bu bağlamda; Dünya Bankası 1987 yılında çıkardığı “Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı” ve 1990 yılında çıkardığı “ Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığıyla Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi” raporları ile geliştirmekte olan ülkelere ne yapacaklarını belirtmiştir. Buna göre Dünya Bankası geliştirmekte olan ülkelere şu önerilerde bulunmuştur (Yıldırım, 2000: 63; Soyer, 1998: 178):

- Sağlık hizmetlerinin, özellikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi,
- Bu şekilde, devletin kısıtlı kaynaklarının kırsal yörelere ve koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilmesi,
- Genel sağlık sigortasına geçilmesi.

Dünya Bankası’nın önerileri; kamunun sağlık hizmetlerinin en pahalı bölümü olan hastanecilik hizmetlerinden çekilmesi ve bu alanı piyasa mekanizmalarına bırakması, özel sektöre bırakılamayacak kadar önemli olan ve kar getirmeyen koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması, sosyal güvenlik programlarının emeklilik sigortası ve sağlık sigortası şeklinde ikiye ayrılarak sağlık hizmetlerinin finansmanının da piyasanın ağırlıklı rol alabileceği şekilde değiştirilmesi, olarak ifade edilebilir.

Yeni liberaller; devlet tarafından sunulan birçok hizmet gibi sağlık hizmetinin de etkin, verimli ve bireysel özgürlükleri de artıracak şekilde serbest piyasa tarafından ya da en azından serbest piyasanın rekabetine açılarak verilmesi

gerektiğini ifade etmektedirler (Sallan Gül, 2004: 133). Yeni liberaller, sağlığın; diğer mal ve hizmetler gibi bir ürün ya da meta olduğunu ileri sürmektedirler. Dolayısıyla sağlığın da arz-talep dengesi içinde düşünülmesi gerekmektedir. Böylece sağlık; kaliteli ve etkin bir biçimde piyasa koşulları içinde kolaylıkla üretililebilecektir. Dolayısıyla piyasa tabanlı kalkınma modelinde sosyal güvenlik, sağlık, eğitim gibi sosyal hizmetlerin piyasaya devredilmesi, özelleştirilmesi ya da gönüllü kuruluşlara bırakılması teşvik edilmektedir (Yıldız, 2008: 31-32). Bu anlamda kamu hizmeti olarak sunulan sağlık hizmetlerinde tüm dünyada reform çalışmaları başlamıştır. Bu reform çalışmaları sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı alanlarında yeni liberal bir dönüşüme neden olmuştur.

Yeni liberal anlayış doğrultusunda; “kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması, kamu sektörünün küçültülmesi, özel sektörde kullanılan yöntemlerin yaygınlık kazanması, yetkilerin alt birimlere devredilmesi, rekabet ve tercihin geliştirilmesi, çalışan personelin çalışma koşullarının esnekleştirilmesi, hesap verebilirliğin sağlanması ve performans uygulamalarının yaygınlık kazanması” anlayışlarının gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde geliştiği görülmektedir. Bu doğrultuda kamu faydası güden kamusal hizmetlerin sunumunda (eğitim, istihdam, konut, sosyal güvenlik gibi) devletin yükümlülüklerinin azaltılması gerektiği ifade edilmektedir (Müftüoğlu, 2006: 42). Bu bağlamda, kamu hizmetlerinin önemli bir parçasını oluşturan sağlık hizmetlerinde de benzer değişimler yaşanmaktadır.

Ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte sağlık sektöründe değişime neden olan faktörler genel olarak şu şekilde sıralanabilir:

- Kronik ve uzun süreli tedavi gerektiren hastalıkların akut hastalıkların yerini alması,
- Yaşlanan nüfus ve kronik hastalıkların artmasına paralel olarak sağlık hizmetlerinin uzun dönemde finansmanının artacak olması,
- Sağlık kazanımına yönelik sınırlamalar,
- Sağlık hizmet sunumunda ortaya çıkan eşitsizlikler,
- Sağlık hizmet sunumunda yetersiz etkinlik,
- Sağlık sisteminin düşük performansı,
- Hizmet kalitesi,
- Seçim ve sorumluluk (Balcı ve Kırılmaz, 2007: 141).

Türkiye’de son yıllarda devletin ve kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması çabaları, ağırlıklı olarak devletin piyasada ve toplumdaki rolünün sınırlandırılması özelliklerini taşımaktadır. Bu sınırlandırma, devletin görev, yetki ve sorumluluklarının yerele, sivil topluma, piyasaya ve ulusüstü kuruluşlara devri şeklinde yeni liberal bir bakış açısıyla hayata geçirilmeye çalışılmaktadır. Yeniden yapılandırma sürecinin en önemli ayaklarından biri de sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılmasıdır. Sosyal güvenlik anlayışının dönüşümündeki en önemli boyutun, sağlık ve sosyal hizmetlerin sunumunda “yerelleştirme, rekabete açma ve özelleştirme” süreçlerine hız verilmesi olduğu söylenebilir (Sallan Gül ve Gül, 2004: 108).

1980’li yıllarda yeni liberal ideolojinin tüm dünyada egemen olması ve kamu hizmetlerinin küçültülerek, piyasanın rekabetine açılmasıyla birlikte devletlerin sağlık hizmetlerindeki rolü azalırken, boşalan bu alan özel sektör tarafından doldurulmaya başlamıştır. Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetinde de yeni kamu hizmeti anlayışının etkisiyle hizmeti kullananların katkı payı ödemesi uygulaması hayata geçirilmiştir. Bu değişiklikler; sağlık hizmetleri sunumunda ekonomik anlamda verimliliği artırırken; ne yazık ki sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliğe neden olmuştur (Isaacs ve Solimano, 1997: 71). Sağlık hizmetlerinin devlet yerine piyasa aktörlerince sunulmasının, geniş bir kitlenin temel sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırdığı ve piyasa aktörlerinin toplumun temel sağlık gereksinimlerini değil küresel sağlık piyasasının isteklerini ön planda tuttuğuna yönelik eleştiriler bulunmaktadır (Yıldız, 2008: 32). Bu tarz eleştirileri yapanlara göre; “yeni liberal dönüşümle birlikte sağlık politikalarındaki değişimler, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirme, hizmete erişimdeki eşitlik ve hizmetin yaygınlaştırılmasını göz ardı etmektedir. Yalnızca sağlık hizmetlerinin sunumunun özel kesime devredilmesi ve sağlık hizmetlerinde piyasa egemenliğinin oluşturulmasına odaklanılmaktadır” (Stamboloviç, 2003: 78).

Eskiden ekonomik refahın kaynağı olarak devlet görülüyordu ve devletin hem ekonomik kaynak yaratması hem de bunu adil bir şekilde dağıtması şeklinde beklentiler ağırlıktaydı. Son yıllarda ekonomik refahın kaynağının ekonomik özgürlükler olduğu yolunda yaygın bir kanı oluşmaya başlamıştır. Ekonomik özgürlüklerin ise ancak, piyasa ekonomisinin mevcut olduğu ve devlet

müdahalesinin sınırlı olduğu durumlarda gerçekleşeceği savunulmaktadır. Dolayısıyla, ekonomik refah ve kalkınma konusunda, devletin rolünün büsbütün değiştiğini söylemek mümkündür. Müdahaleci devlet ve müteşebbis devlet anlayışı yerini, piyasa ekonomisinde yalnızca oyunun kurallarını koyan hakem devlet veya sınırlı devlet anlayışına bırakmıştır. Devlet, bizatihi mal ve hizmet sunan bir kurum değil, piyasa kanalıyla hizmet sunumunu kolaylaştıran bir katalizördür (Aktan, 2003: 160). Günümüzde devletlerin bazı işlevleri değişirken bazıları da ortadan kalkmaktadır. Ortadan kalkan işlevlerin başında sosyal devlet niteliğinden kaynaklanan işlevler gelmektedir. Belirli hizmetlerin kamu sektörü tarafından finansmanı sürdürülürken, bunların üretimi ve arzının piyasalara ve rekabete açılması öngörülmüştür. Bu anlayış, piyasalar üzerinde yoğunlaşılmasını ve beraberinde özelleştirme programının uygulamaya konulmasını gerektirmiştir. Bu durum ayrıca kapsamlı bir yeniden yapılanma sürecini de gündeme getirmiştir. Bu aşamada yapılanlar şu şekilde özetlenebilir (Özer, 2005: 165):

- Kamu ve idare hukukunun geriye itilmesiyle özel hukukun güçlenmesi sağlanmaktadır. Bunun sonucunda kamu yönetimi ticarileşmekte ve özel sektör esaslarına göre çalışmaya başlamaktadır. Devletin özel sektör karşısındaki ayrıcalıklı konumunun son bulmasına çalışılmaktadır.
- Kamu kuruluşları özerkleştirilerek, her kurumun görev alanı açısından piyasa unsurları ve kuralları ile bütünleştirilmesine çalışılmaktadır. Bunun sonucunda kamu kesiminin bütünlükten ve büyüklükten gelen avantajları en aza indirilmeye çalışılmaktadır.
- Planlama ve sosyo-ekonomik yapı, bütün olarak değil, projecilik ilkesi gereği parçacı olarak algılanmakta, kamu personeli sisteminde memurluk, daimi işçilik yerine sözleşme sistemi yerleştirilmeye çalışılmaktadır. Bunun sonucu kariyer sistemine son verilerek kamu kesiminde esnek istihdam ilkelerinin geçerli kılınmasına çalışılmaktadır.
- Bakanlık tipi örgütlenme yerine kurul tipi örgütlenmeye geçilerek yasama organının etkinliğin azaltılmasına ve piyasa mekanizmasına öncelik verilmesine çalışılmaktadır. Bunun yanında hem merkezi hem de yerellik ilkesine geri dönülmesi istenmektedir (Güler, 2000:7).

- Devletin, kamu yönetiminin, kamu faaliyet alanının özellikle ekonomik içerikli olanlarından başlayarak küçültülmesi, daraltılması ve daraltılan bu alanda kamu faaliyetinin ve örgütlerinin özel işletmecilik anlayışı çerçevesinde yeniden yapılandırılması ya da doğrudan özel girişim katkılarıyla işletilmesi (Aksoy, 1998: 10-11) söz konusu olmaktadır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde devletin işlevleri farklılaşsa da, her ikisinde işlevin niteliği aynı olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde devletler, teknolojik üstünlüğü korumak, kar getirici alanların önünü açmak, sermayenin uluslar arası işleyişini kolaylaştırmak ve bu arenada onun güvenliğini sağlamak gibi işlevler üstlenmektedir. Buna karşın gelişmekte olan ülkelerde bir yandan sermaye girişini kolaylaştırmak diğer yandan sermaye karlarını artırmak gibi işlevlere ağırlık vermektedirler (Koray, 2000: 67). Yeni liberalizm, sermayenin hareketini kısıtlayan sosyal devlet uygulamalarını değiştirmeyi kendine bir hedef olarak belirlemiştir. Buna göre, devletin gerek yeniden dağıtım fonksiyonu gereği sermayeden aldığı vergiler gerekse sermaye dışı kesimlerden (prim vb.) aldığı fonların, yine bu sermaye dışı kesimlerin yaşamlarını sürdürebilme (işsizlik sigortası, malullük, emeklilik vb) veya diğer yaşamsal gereksinimlerini (sağlık, eğitim vb.) karşılayabilmeleri için kullanılmaktadır. Devletin bu işlevi, kârı ve birikimi sınırlayan bir etken olarak görülmektedir (Savran, 1988: 52). Yeni liberal anlayış doğrultusunda, kamu hizmetlerinin sunumunda kalite, etkililik, çalışma yaşamının kalitesi, yenilik, müşteri doyumu, şeffaflık, hesap verebilme, sorumluluk gibi ölçütlerin kullanılması ve devletin doğrudan hizmet üretme sorumluluğundan çekilip, piyasa aktörlerine yer açması önerilmektedir. Böylelikle; devlet-vatandaş arasındaki ilişki yeniden düzenlenmektedir: Müşteri olarak vatandaş ve düzenleyici ve işletmeci olarak devlet. Vatandaşlıkta mal ve hizmetler bir hak olarak devlet tarafından sunulurken, müşterilikte bunlara piyasadan satın alma şeklinde ulaşılmaktadır. Müşteri, maddi kapasitesi yani satın alma gücü sayesinde haklarını kazanmakta ve katılımında bulunmaktadır. Buna göre; müşteri-vatandaş piyasa sinyalleriyle isteklerini belirtmekte ve eğer belli bir hizmetten memnun kalmazsa piyasadaki bir başka hizmet sunucusuna yönelmektedir. Bir diğer ifadeyle; kamu hizmetlerine ulaşmada vatandaşlık haklarından müşteri haklarına doğru bir kayma yaşanmaktadır. Vatandaşlıktan müşteriliğe geçişin arka planında; hizmet niteliğinin yükseltilmesinde

piyasanın üstünlüğü kabulüne dayanarak, özel sektörün kavram, değer ve deneyimlerini kamu sektörüne taşıyan “yeni kamu yönetimi” yaklaşımı bulunmaktadır (Kartal, 2009: 29-30).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI VE ÜLKE ÖRNEKLERİ İNCELEMESİ

2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramlarının Tanımı

Günümüzde en çok kabul görmüş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan tanımdır. Bu tanıma göre sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu tanımda bedensel ve ruhsal iyiliğin yanında “sosyal yönden tam bir iyilik” haline de vurgu yapılmaktadır (Akdur, 2006: 17). Sağlık hizmetleri ise; sağlık bilimleri ve teknolojisi temelinde sağlığı korumaya ve gerektiğinde yeniden tesis etmeye yönelik örgütlenmiş hizmetlerdir (Ünal ve Ateş, 2002: 13). Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyen ya da sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri adı verilmektedir (Öztek, 2001: 295). 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun 2.maddesinde ise sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren faktörlerin yok edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, yani onları hastalıklardan korumaktır. Sağlık hizmetlerinin ikinci amacı hastalıkların tedavisi iken üçüncü amacı ise sakatların ve kronik hastaların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak yani rehabilite etmektir (Öztek, 2001: 295). Modern anlamda sağlık sektörü; ilaç endüstrisi, yataklı tedavi kurumları, tıbbi alet, cihaz ve sarf malzemeleri endüstrisi ile sağlık hizmetleri alanının kendisinin sermaye birikim merkezlerinden birisi olması ile ortaya çıkmıştır (Ünal ve Ateş, 2002: 14). Sağlık hizmetleri kapitalist ekonominin sürekliliği için vazgeçilmezdir. Kapitalist işlerlik, sağlık hizmetlerini toplumsal düzeyde üretmek ve

asgari bir sağlık hizmetinin, toplumsal olarak üretimini garantilemek durumundadır. Bu, kapitalizmin üretim süreçlerinin dolayısıyla da sermayenin karlılığının ve sistemin sürekliliğinin vazgeçilmez bir parçasıdır (Belek, 1995: 15).

Sağlık hizmetlerinde kamuya özel bir görev yüklenmesinin önemli bir nedeni, sağlık hizmetlerine bakış açısından kaynaklanmaktadır. Günümüz toplumlarının önemli bir bölümü sağlık hakkına anayasalarında yer vermişlerdir ve yaygın olarak kabul gören eşitlik anlayışı ve adalet yorumu, sağlık hizmetinin gelir, ırk, din, dil, cinsiyet, toplumsal statü gibi etkenlere bağımlı olmayan bir şekilde sunulmasını öngörmektedir (Şenatalar, 2003: 26). Toplumun bütün kesimlerinin sağlık hakkından yararlanabilmesini sağlamak noktasında kamu sağlık hizmetlerinin sorumluluğu ve niteliğı ön plana çıkmaktadır. Kamusal sağlık hizmetleri bir yönüyle toplumsal yatırım diğler yönüyle de toplumsal tüketime yol açan nitelikleriyle tipik bir toplumsal sermaye harcamasıdır. Özel sermaye birikiminin karlı olabilmesi için gerekli bir harcamadır ve üretime dolaylı yoldan katkıda bulunmaktadır (Saybaşı, 1994: 69). Emek gücünün verimliliğini artırarak ve emeğin yeniden üretim giderlerini toplumsallaştırarak sermaye birikim sürecine bir girdi sağlamaktadır. Üretim süreci dışındaki kesimler için sağlanan sağlık hizmetleri ise toplumsal meşruluk ve toplumsal uyum harcamalarının bir parçasıdır (Ünal ve Ateş, 2002: 14).

Özel sağlık hizmetleri ise, diğler mal ve hizmet üretimi sektörlerinde olduğu gibi, piyasa aktörleri tarafından kar maksimizasyonu çerçevesinde sağlık hizmetinin talep edenlere sunulduğu, ücretlendirildiğı ve hizmet üretim sürecinde artı değerin yaratılıp, sermaye birikiminin oluşturulduğu bir alandır. Sağlık mal ve hizmeti, piyasa koşulları içerisinde, piyasanın ürettiğı herhangi bir mal- metadır. Özel sağlık hizmetlerinin bu niteliğine karşın, sağlık hizmeti talebinin ortaya çıkış özellikleri gereğı ve toplum tarafından –doğal olarak- herhangi bir mal gibi değerlendirilmeyişi sonucunda, pratikte birçok sorun ve tartışma yaşanmaktadır. Sorunların temelinde piyasa aksaklıkları yatmaktadır (Ünal ve Ateş, 2002: 14).

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, yaygın olarak kabul gören şekliyle, sağlık kavramının bütünlüğü içinde sağlığın korunması, hastalık durumunda sağlığın yeniden

kazanılması ve hastalık sonrasında verilen sağlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde üç başlık altında incelenmektedir:

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişilerin ve toplumun sağlıklı olma durumunu korumak amacıyla, hastalık yapıcı veya sağlığı bozucu etkenleri, insan ve çevresinden uzak tutmak veya etkilerini azaltmak için kişiler ve çevreleri üzerinde yapılan çalışmalardır. Kişiyi ve çevreye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

2.2.1.1. Kişiyi Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiyi yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, doğrudan birey üzerinde veya bireye yönelik hekim, hemşire, sağlık memuru vb. sağlık meslek üyeleri tarafından kişinin sağlıklı olma durumunu korumaya yönelik olarak yapılan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler ise; bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, beslenmenin düzenlenmesi, anne-çocuk sağlığı ve aile planlaması, sağlık eğitimi, kişisel hijyen, sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele şeklinde sıralanabilir.

2.2.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsan çevresindeki ve sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok etmek veya insanlar üzerindeki etkisini en aza indirmek için yapılan çalışmalardır. Çevre kalitesinde yapılacak bir iyileştirme, sürekli yükselen sağlık bakım harcamalarından (tedavi harcamalarından) sağlık alanında daha büyük verimliliğe sahip olacaktır (Zweifel ve Breyer, 1997: 98).

Atıkların zararsız hale getirilmesi, vektör kontrolü, su güvenliği ve sanitasyonu, hava kirliliğinin önlenmesi, gürültü ile mücadele, gıda kontrolü ve besin güvenliği, çevre kirliliğinin önlenmesi gibi çalışmalar çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin başlıcalarıdır. Çevre sağlığı çalışmaları multidisipliner, entegre bir iştir, sağlık profesyonelleri dışındaki meslekten insanların da katılımını gerektirmektedir (Ünal ve Ateş, 2002: 21).

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi hizmetleri; sağlıklı olma durumunu kaybetmiş kişilerin; hastalıklarının tanısı, tedavisi, vücut arazlarının azaltılması ve ölümünün önlenmesi için hekimlik yöntemleri ve uygun teknolojiler kullanılarak yapılan sağlık hizmetleridir. Tedavi edici hizmetler; muayene, teşhis ve tedavi süreçlerini içermektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri üçe ayrılmaktadır:

1. Basamak Sağlık Hizmetleri:

Hastaların tedavilerinin evde veya ayakta yapıldığı hizmetleri ifade eder. Sağlık ocakları, aile sağlığı merkezleri ve poliklinikler gibi kuruluşlar bu tür hizmetlerin verildiği yerlerdir.

2. Basamak Sağlık Hizmetleri:

Yatarak tedavi hizmetinin verildiği sağlık hizmetlerini ifade etmektedir. Birinci basamakta tedavi edilemeyen veya doğrudan hastaneye başvurulması gereken durumlarda, klinik veya genel hastane hizmetlerini kapsar. Yataklı tedavi kurumları olan hastaneler bu tür hizmetlerin verildiği kuruluşlardır.

3. Basamak Sağlık Hizmetleri:

Yüksek teknolojinin kullanıldığı, belirli dallar üzerine ihtisaslaşmış hastane hizmetlerini ifade eder. Onkoloji merkezleri, kalp cerrahisi ve ruh hastalıkları hastanesi, meslek hastalıkları hastanesi ve üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlara örnektir.

2.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Bedensel ya da ruhsal yönden sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün çalışmaları kapsar (Öztek, 2001: 298). Geçirmiş oldukları hastalık veya kazalara bağlı olarak işgücünü kısmen veya tamamen kaybeden insanların tıbbi ve sosyal rehabilitasyonu söz konusudur. Tıbbi rehabilitasyon ile bedensel arazların mümkün olduğunca azaltılması amaçlanmaktadır. Protez, gözlük, işitme cihazı, koltuk değneği ve tekerlekli sandalye gibi. Sosyal rehabilitasyon ile eski işinde çalışamayacak olan kişiye yeni iş öğrenme ve beceriler kazanma olanakları sağlanmakta, yeni durumuna uyum sağlamak için çeşitli pedagojik destek programları sunulmaktadır (Ünal- Ateş, 2002: 22).

2.3. Devletin Aldığı Role Göre Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Devletin sağlık sektöründe aldığı role/ sorumluluğa göre sağlık sistemleri dört grupta toplanmaktadır:

1. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri
2. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri
3. Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri
4. Sosyalist Sağlık Sistemleri

2.3.1. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri

Bu sistemde, kamu ve özel sektör sağlık hizmetlerini birlikte sunmaktadır. Özel sektör tedavi hizmetlerine yönelirken; kamu sektörü, koruyucu hizmetler ağırlıklı olmak üzere tedavi edici hizmetlerin sunumunda da yer almaktadır. Çoğu Avrupa ülkesi, Japonya, Kanada, Avustralya bu gruptadır. Harcamaların büyük bir kısmı hükümet programlarından geri kalan kısmı ise özel sektördendir. Kamu harcamalarının önemli bir kısmı zorunlu sigorta fonlarından karşılanmaktadır. Kanada ve Avustralya’da zorunlu sigorta fonları hükümet denetimindedir ve genel bütçeden desteklenir. Almanya’da ise sigorta fonlarının sayıları birkaç yüzü bulan hastalık fonlarının denetiminden oluşmaktadır (Belek, 1995: 23).

Yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerden biri olan Kanada’da sağlık sistemi 10 değişik eyaletin ortak özellikleri paylaşan sağlık planlarından oluşmaktadır. Ülke genelinde var olan ve tek elden ödenen sağlık sigortası, kullanıcıları tarafından finanse edilmektedir. Federal hükümet, eyaletlerin sağlık planlarına (toplam kamu sağlık harcamalarının % 40-50 arasında) mali katkıda bulunmaktadır (Ergör, 1995: 40).

2.3.2. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri

Birkaç ülkede refah yönelimli olan sağlık sistemleri, İkinci Dünya Savaşı sonrasında kapsayıcı tipe doğru evrilmiştir. Sistemin bütün nüfusu kapsaması,

finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması ve sağlık çalışanlarının ücret sistemi ile istihdam edilmeleri bu tip sağlık sistemleri için tanımlayıcı özelliklerdir. İngiltere, İskandinav ülkeleri, İspanya, Yunanistan, İtalya bu sağlık sistemini uygulayan ülkelere örnek olarak gösterilebilir (Belek, 2001: 137).

İngiltere'deki Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) sistemi 1948'de uygulanmaya konmuş ve 1974 yılında ilk büyük değişikliğe uğramıştır. Tüm sağlık harcamaları genel bütçeden yani toplanan vergilerden sağlanmaktadır. NHS hastanelerinde her şey ücretsizdir (Cox,1995: 101). Tetkik, ameliyat, esenlendirme, protez, evde bakım gibi her uygulama ve madde bu kapsamdadır. Yalnız ilaçta farklı bir uygulama vardır; gebeler, çocuklar, öğrenciler ve işsizler dışındaki kişiler ayakta ilaç kullanımında ağırlıklı katkıda bulunmak zorundadır (1979 sonrasında değişmiştir). NSH, 1979'da Thatcher'in iktidara gelmesiyle muhafazakârların eleştirilerine uğramıştır. Bir yandan huzurevleri, çocuk yuvaları gibi sosyal kurumlar yok edilirken, öte yandan sağlık sisteminin özelleştirilmesi için yoğun çaba harcanmıştır. 1979'dan itibaren insanlar hükümet tarafından özel sağlık sigortalarına ve özel sağlık kuruluşlarına yönlendirilmeye çalışılmıştır. Özel prim ödeyenler NSH'den çıkartılmamaktadır. İster prim ödedikleri yönde özel kesimden ister zaten gelir vergileriyle üyesi bulundukları NSH'den yararlanmaktadırlar (Aksakoğlu, 1995: 96-98). İngiltere'de kişi başına sağlık harcaması 3064 ABD \$'dır. Bunun % 87.7'si hükümete aittir. Ulusal gelirden sağlık için ayrılan kaynakların oranı ise % 8.2'dir. Özel harcamaların toplamdaki oranı % 12.9'dur. 2005 yılı için toplam hükümet harcamalarının % 16.2'si sağlık alanına yapılmaktadır. Sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları düzenli olarak artmakta, yataklı tedavi harcamaları ve kamu yatırımları azalmaktadır. İngiltere'de sağlık harcamalarını artıran etken ilaç ve teknoloji giderleridir (Belek, 2009: 228-229).

2.3.3. Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri

Bu sistem, genellikle gelişmiş ülkelerde uygulanmaktadır. İleri düzeyde endüstrileşmiş ülkeler için bu sistemin tipik örneği ABD'dir. Sağlık hizmetleri serbest piyasa koşullarında özel sigortacılık temelinde yürütülmektedir. Nüfusun % 16'sı sağlık güvencesinden yoksun olmaları nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır (Navarro, 2003: 443). Hastane yataklarının 2/3'ü özel

sektördedir. Sağlık harcamalarının % 56'sı özel sektördedir, bunun da % 50'si isteğe bağlı sigortadan karşılanmaktadır. Temel sağlık hizmetleri özel hekimlerce sunulmaktadır (Belek, 2001: 136).

ABD'de toplam sağlık harcamalarında kamunun payı % 44'dür. Bu oran OECD ülkeleri arasında sağlık harcamaları karşılanmasındaki en düşük kamu payıdır. ABD dünyada sağlık hizmetlerine en çok harcama yapan ülkedir. Toplam sağlık harcaması miktarı 1986'da 458 milyar \$, 1990'da 666 milyar \$, 1991'de 752 milyar \$, 1992'de 800 milyar \$, 2000 yılında 1.2 trilyon \$, 2007'de 2.2 trilyon \$'a ulaşmıştır. Kişi başı sağlık harcamaları 1986'da 1837 \$, 1990'da 2566 \$, 1991'de 2914 \$, 1998'de 4094\$, 2002'de 5400\$, 2004'de 6100 \$ seviyesinde gerçekleşmiştir. Harcamaların artışını engellemeye yönelik bütün çabalara karşın ulusal gelirden sağlık hizmetlerine ayrılan para, her geçen yıl artmaktadır: 1960'da % 5.3, 1970'de % 7.4, 1986'da % 11, 1991'de % 13.2, 1998'de % 13.5, 2001'de % 13.9, 2007'de % 16.7'dir. 1993 yılı itibariyle sağlık harcamalarının % 41'i hastanelere, % 24'ü hekimlik hizmetlerine, % 10'u ilaç ve tıbbi malzemeye, % 8'i evde hemşirelik bakımına ve % 18'i diğer hizmetlere yapılmıştır (Belek, 2009: 195-196).

ABD'de sağlık harcamalarının önemli kısmı toplumun belirli kesimlerince yapılmaktadır. Harcamalar bakımından en yukarıda yer alan % 1'lik nüfus diliminin toplam harcamalar içindeki payı çok yüksektir: 1963'te % 26, 1987'de % 28 ve 1996'da % 27 olarak gerçekleşmiştir. Aynı oranlar en tepedeki % 10'luk nüfus dilimi için % 59, % 70 ve % 69 olarak saptanmıştır. Nüfusun en alttaki % 50'lik kesiminin toplam sağlık harcamasının ancak % 3'ünü kullanabiliyor olması ABD sağlık sisteminin eşitsizlikçi yapısının bir göstergesidir (Belek, 2009: 197).

2.3.4. Sosyalist Tıp Sağlık Sistemleri

Başta Sovyetler Birliği olmak üzere bütün sosyalist ülkelerde, devrim sonrası dönemde tüm sağlık kurumları devlet denetimine geçmiştir. Tıp fakülteleri Sağlık Bakanlığı'nın akademik enstitüleri durumunu almıştır. Sosyalist sağlık sistemlerinde, harcamaların hemen hemen tamamı devlet bütçesinden karşılanmıştır (Belek, 1994: 23).

Sovyetler Birliği'nin ilk dönemlerinde sağlık hizmetleri ulusal ekonomik planın parçası olarak hazırlanmış ve yürütülmüştür. Hizmetin temel ilkesi; coğrafi

özellik, kişi, grup, sınıf farkı gözetmeksizin, tüm topluma ulaştırılmasıdır. Hizmetin ücretsiz olması, her düzeyde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edilmesi, hizmetin temelini birinci basamak hekimliğinin oluşturması, hizmeti alan halkın sendika yönetimi gibi kurumlara ve bireysel olarak hizmete aktif katılması ve denetlemesi, ilk sosyalist ülkedeki önemli uygulama ilkeleri olmuştur (Soyer, 1995: 122).

Günümüzde bu sağlık sistemine örnek olarak Küba verilebilir. Küba’da sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin sağlanması, toplum sağlığının korunmasında anahtar öneme sahiptir. Kişi başı sağlık hizmeti kullanımı 1960’lardan beri sürekli artmıştır. Nüfusun % 90’dan fazlası birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamındadır. Her 214 kişiye bir hekim düşmektedir. Devrim yıllarından beri 7 yaşına kadar olan bütün çocuklara ücretsiz süt verilmektedir. Devrim sonrasında Kübalı ve yabancı ilaç şirketleri ülkeyi terk etmiş ve bu ilaç fabrikaları Endüstri Bakanlığı’na bağlanarak, kendi ulusal ilaç endüstrilerini geliştirmişlerdir. İlaçta dışa bağımlı olmayan ender ülkelerden biri haline gelmişlerdir (Kara, 2002: 223). Küba’da sağlık sistemi merkezi olarak planlanmakta ve devlet tarafından finanse edilmektedir. Bütün sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının % 93’ü belediye bütçesinden finanse edilmektedir (Belek, 2001: 139). Ulusal gelirin % 8.2’si sağlık sektörüne yapılmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının % 36’sı birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır. Kişi başı geliri 1000\$ civarında olan Küba’nın bebek ölüm hızı, kişi başı geliri 40.000\$ olan ABD’nin bebek ölüm hızı kadardır (Belek, 2001: 139).

2.4. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Aile Hekimliği Uygulaması Ülke Örnekleri

2.4.1. Amerika Birleşik Devletleri: Piyasa Tipi Sağlık Sistemi

2.4.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Örgütlenmesi

ABD’de örgütlenmede sorumluluk Sağlık ve Beşeri Kaynaklar Bakanlığı’ndadır. ABD’de genel idari yapıya uygun bir sağlık örgütlenmesi mevcuttur. İdari yapı; federal hükümet, eyalet ve yerel hükümetler olmak üzere üç kademedir oluşmaktadır. İl, kent ve ilçe idareleri yerel hükümetin başlıcalarıdır. Her eyaletin sağlık teşkilatı mevcut olup, bunlar yerel sağlık kuruluşlarını denetlemekte, standartlarını tespit etmektedir. Bunlara bağlı hastaneler ve halk sağlığı laboratuvarları

bulunmaktadır. Bazı illerin müşterek, bazı illerin de kendine ait sağlık örgütleri olup, illerde sağlık müdürleri bulunmaktadır. Ayrıca sağlık mühendisleri, halk sağlığı hemşireleri ve sağlık eğitimcileri bulunmaktadır (Varlık, 1992:1)

ABD’de yataklı tedavi hizmetleri; kısa süreli ve uzun süreli bakım hastaneleri ile diğer bakım evlerinde verilmektedir. Hastanelerin bir kısmı özel sektöre aittir. Devlet hastaneleri daha azınlıktadır. Hastanelerin bir kısmı kent, bir kısmı eyalet, bir kısmı da federal hükümet kuruluşuna bağlıdır. Diğer bir kısmı da kilise tarafından ya da kar amacı gütmeyen diğer kuruluşlarca çalıştırılmaktadır. Özel kesime ait hastaneler kar amaçlı hastanelerdir. Hastanelerin % 60’ı kar amacı taşımayan kuruluşlara, % 30’u federal ve yerel idarelere bağlıdır. Hastaneler, genel amaçlı ve özel dal olmak üzere kendi içinde gruplara ayrılmaktadır. Bur kurumlara birinci basamak hizmet birimleri ve aile hekimlerinin sevki ile gidilebileceği gibi doğrudan da başvurulabilmektedir (Varlık, 1992:8).

ABD’de sağlık hizmeti finansmanını sağlayan 4 temel grup vardır. Bunlar (Serin, 2004:130):

- Kar amaçlı özel sigorta şirketleri
- Blue Cross ve Blue Shield
- Bağımsız sigorta planları
- Kamu sigortaları (Medicare/Medicaid) şeklinde sıralanabilir.

ABD’de sağlık hizmetlerinin finansmanında özel ve kamu katkılarının birleştiği karma yöntem izlenmektedir. Bireyler ve sağlık sigortası kurumları ile federal hükümetler, eyalet ve yerel idareler bu harcamaları yapmaktadır. Sağlık sigortası oldukça yaygındır. İşçilerin tamamına yakını grup sigortası kapsamında olup, primler işçiler ve işverenlerce ortak ödenmektedir. Daha yüksek prim ödeyerek daha geniş kapsamlı sağlık hizmetlerinden faydalanmak mümkündür. Harcamaların genellikle % 80’i sigorta şirketlerince karşılanmaktadır (Luft, 1981:2).

Kamu sektöründe ise biri yoksul savaş emeklileri için (The Veterans Administration), diğeri yoksullar için (Medicaid), bir diğeri de yaşlılar ve orta-yüksek düzeylerde geliri olan, vergiden muaf, primleri işveren tarafından ödenen, büyük ölçüde işçilerden oluşan Medicare sistemi bulunmaktadır. Bunların yanı sıra ABD’de sigortasız ve Medicaid programına giremeyen 31 ila 37 milyon arasında

insan bulunmaktadır. The Veterans Administration bütün ülkeye yayılan hastaneleri ile kendi üyelerine ücretsiz sağlık hizmeti vermektedir. Medicaid her bir eyalet tarafından uygulanan federal devletçe desteklenen bir program olup, federal hükümet her eyalet için kişi başına düşen geliri hesaplayarak eyaletlerin Medicaid için seçilebilirlik kriterleri ve sağlık hizmetlerinin kapsamını belirlemelerine olanak sağlamaktadır. Medicaid eyaletler arasında büyük ölçüde değişiklikler göstermesine rağmen hiçbir eyalette, gelirleri federal yoksulluk seviyesinin altında olan bütün bireyleri kapsamamaktadır (Rosenthal ve Frenkel, 1992 :21).

Medicaid bir federal- eyalet ortak programı olup, yoksullara sağlık hizmeti sağlamaktadır. Medicare ise ulusal bir emeklilik organizasyonun ve başka yararlar sağlayan “Sosyal Sigortalar İdaresi” nin finanse ettiği bir federal programdır. Medicare iki bölümden oluşmaktadır. A Bölümü, hastane hizmetlerini, B Bölümü ise hekim ve hastane dışı hizmetleri kapsamaktadır. A Bölümü, Sosyal Güvenlik Vergisi ile finanse edilmekte, B Bölümü ise genel vergi gelirlerinden desteklenmektedir (Rosenthal ve Frenkel, 1992: 21). Yaşlılar otomatik olarak A Bölümünün kapsamına alınmakta ve hiçbir prim ödememektedirler. Çünkü zaten daha önce ücretinden kesilen vergilerle bu fona katkıda bulunmuşlardır. Fakat sevk edilmeden kendiliğinden hastaneye başvurulduklarında ödeme yapmaktadırlar. Bu bölüm; yataklı tedavi hizmetlerini, acil hastane yatışlarını, uzmanlık gerektiren hemşirelik bakımını ve bazı evde bakım hizmetlerini kapsamaktadır. B Bölümü isteğe bağlı olup, % 35 oranında prim ödenmesi gerekmektedir ve hekim ücretleriyle ayaktan bakım masraflarını karşılamaktadır. Ayrıca Medicare A’nın karşılamadığı bazı fiziksel ve mesleki rehabilitasyon hizmetlerini de kapsar. 2006 yılında A ve B dışında ilaçlara yönelik Medicare sigorta uygulaması başlamıştır (Belek, 2009: 186).

ABD’de farklı toplum kesimleri için farklı finansman mekanizması ve farklı ödeme şekillerinin mevcudiyetinin yanı sıra, hizmet sunumunda da farklı şekiller görülmektedir.

2.4.1.2. 1980 Sonrasında Yapılan Sağlık Reformları

1990’larda yapılan sağlık reformu çalışmaları sonucunda “managed care” adı verilen serbest piyasa girişimi niteliğindeki reformun temel özelliğini ise, maliyet kontrolü ve sağlık alanında daha merkezi organizasyon oluşturmaktadır. Böylece

hastanın ne süre ile hangi sağlık hizmetini alacağına hekim yerine, hizmet alıcılar ile sigorta şirketleri karar vermeye başlamıştır. Managed Care'in en iyi örneği "Health Maintenance Organization (HMO)" lar aracılığı ile kişi başına ödeme ve hizmet sunumu tarzı ile görülmektedir. HMO'ların kendi hastaneleri ve ücretle çalıştırılan hekimleri olduğu gibi hastaneler ve hekimlerle kontratlar yapmak suretiyle de hizmet verebilmektedirler (Rosenthal ve Frenkel, 1992:22). 2004 yılında Medicaid nüfusunun % 60'ı HMO'lardan sağlık hizmeti almıştır (Belek, 2009: 186).

HMO'ların en önemli özelliği; bireysel sağlık sigortalarında kullanılan hizmet başına ödeme yerine çoğunlukla kişi başına ödeme sistemine dayanmasıdır. HMO'lar diğer sistemlere alternatif bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşımda koruyucu hekimliğe büyük önem verilmekte ve sigortalıların hasta olmamaları için her türlü koruyucu önlem alınmaktadır. HMO'larda sigorta değil üyelik satın alınmakta, üyelere belli bir yıllık prim karşılığında kendisi ve ailesi için ihtiyacı olduğu ölçüde tıbbi bakım sağlanmaktadır. ABD'de nüfusun yaklaşık % 15'i HMO'lar kapsamındadır (Serin, 2004: 128).

Diğer bir managed care yaklaşımı ise "Preferred Provider Organizations (PPO)"dır. PPO; hekimler, hastaneler, dış hekimleri gibi hizmet sunucularından oluşan, işveren ya da sigortalıya fiyat indirimi yaparak hizmet sunan organizasyonlardır. HMO'larla rekabet halinde çalışan bu kuruluşların en önemli farkı, kendisine kayıtlı hastaları hekim seçiminde biraz daha özgür bırakmalarıdır. Hastalar, tercihli hekimlere giderlerse hiç ücret ödemezler, muayenelerin ücreti sabittir ve PPO tarafından karşılanır. Hasta PPO dışında bir hekime giderse ücretin % 10-20'sini karşılamak zorundadır (Serin, 2004: 129). Bazı sigortalılar ve işverenler, "Exclusive Provider Organizations (EPO)" denilen hastanın belirlenmiş bir hizmet sunucunu kullanmasını gerektiren organizasyonlarla bağlantı kurmaktadır (Rosenthal ve Frenkel, 1992: 22).

ABD'de Medicare ve Medicaid uygulaması başladıktan sonra sağlık sektörü hızla büyüyen bir sektör olma özelliği kazanmıştır. Sağlık harcamaları ve hizmet kullanımı artmıştır. Bu dönemde özel sektörde de sigorta kapsamı artmıştır. Sağlık hizmetinde devlet, diyaliz gibi hizmetlere ulaşılabilirliği artırmak şeklinde rol üstlenmiştir (Lazenby ve Letsch, 1990: 1-26). Medicare ve Medicaid bütçelerindeki

sıkıntılar nedeniyle sağlık hizmeti sunucularının yarısından fazlası bu kurumlarla iş yapmak istememektedir. 2003 yılında Medicare üyelerinin yaklaşık yarısı ek olarak özel sigorta yaptırmak zorunda kalmıştır (Belek, 2009: 187).

ABD’de patron temelli sigortalar yaygın olsa da patronların çalışanlarını yasal olarak sigortalatma zorunlulukları yoktur. Buna rağmen bu sistemin yaygınlığının nedeni önemli vergi avantajları sağlamasıdır. Primler, çalışanların vergilendirilen kazançlarından düşülmektedir. Sigortacılık masraflarını azaltmak için özellikle patron temelli sigortacılıkta, işe giriş muayenelerinde sağlam çıkmayanlar, sağlığa zararlı alışkanlıkları olanlar sigortalanmamakta hatta işten çıkarılmaktadır. Özel sigortalara üye olmuş kişilerin yaklaşık 32 milyonunun büyük sağlık harcamaları kapsam dışındadır. Sigorta şirketinin ödeyeceği miktar ise yaşam boyu en fazla 1 milyon dolardır. Ayrıca şirketler üyelik öncesinde ortaya çıkmış sağlık sorunlarının harcamalarını da üstlenmemektedir. Harcama artışları özel sigortaları da güç durumda bırakmıştır. Özel sigortalar önceleri hastane masraflarının tamamını karşılayabilirken, bu oran 1979’da % 89’a, 1983’de % 75’e, 1986’da % 24’e inmiştir (Belek, 2009: 187-188).

2000 yılında managed care reformunun işe yaramadığı ve destek programı Medicare’in de geleceğinin belirsiz olduğunun kabul edilmesine bağlı olarak managed care programı yürürlükten kaldırılmıştır. Bush yönetimi, sistemin finansmanını çalışanların önceden belirlenmiş katkılarıyla (defined contribution) sağlamaya çalışmıştır. 2002 yılında işverenlerin % 50’si defined contribution’u tercih etmişlerdir. Bu uygulamanın olası sonucunun çalışanların büyük bir kısmının sigortalarını kaybetmesi olarak belirtilmiştir (Terzi, 2007: 14).

2.4.1.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması

ABD’de basamaklandırılmış bir sağlık hizmeti bulunmamaktadır. Sigortalı hastalar ya kendi istedikleri ya da sigorta şirketlerinin anlaştığı hekim ve sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Birinci basamakta genel pratisyenler, aile hekimleri, genel dahiliye ve genel pediatri uzmanları çalışmaktadır. ABD’de birinci basamağa yönelik hasta memnuniyeti azalmaktadır. Son yıllarda birinci basamakta çalışan hekimlerin iş tanımları oldukça genişlemiştir. Geri ödeme mekanizması hizmet kalitesinden çok miktarına bağlıdır. Bu durum, hekimleri kısa sürede çok iş

yapmaya, hasta başına ayırdıkları zamanı kısaltmaya yönlendirmektedir. Ortalama 2500 kişilik nüfustan sorumlu olan bir hekimin kendisinden beklenen iş hedeflerini yerine getirebilmesi için günde ortalama 18 saat çalışması gerekmektedir. Bu da doğal olarak bekleme sürelerinin uzamasına, kendi hekiminden hizmet alamayanların acil servislere yığılmasına neden olmaktadır. Özellikle kronik hastalığı olanlar yeterli bakımı alamamaktadır. Ayrıca hekimlere girişimsel müdahaleler karşılığında ödenen para, aynı sürede yapılacak muayeneye ödenenin üç katıdır. Dolayısıyla hekimler daha çok girişimsel müdahalelere yönelmektedir (Belek, 2009: 181).

Birinci basamakta çalışan hekimlerin gelirini artırmak için düşünülen performansa dayalı ödeme mekanizması ise hekimleri nitelikli hizmet sunmak yerine her gün birkaç hastayı ziyaret etmek gibi göstermelik pratiklere yönlendirmektedir. Giderek daha az sayıda genç hekim birinci basamakta çalışmayı tercih etmektedir. 1997 ile 2005 arasında birinci basamağı tercih eden tıp mezunlarının sayısında % 50 azalma olmuştur (Belek, 2009: 182).

Aile hekimleri ya kendi muayenehanelerinde ya da son yıllarda yaygınlaştığı üzere grup muayenehanelerinde hizmet vermektedirler. Ödemeler kişi ve hizmet başına göre yapılmaktadır. Aile hekimliği uzmanlığı ülkedeki ikinci büyük uzmanlık dalıdır ve eğitimi üç yıldır. Amerikan aile hekimliği kurulu tarafından şekillendirilmekte ve denetlenmektedir. Sınav zorunluluğu bulunmaktadır (Akman, 2004)

2.4.2. İngiltere: Ulusal Sağlık Sisteminin Dönüşümü

2.4.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Örgütlenmesi

İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) özel bir yapıya sahiptir. Ulusal düzeydeki bu hizmetin organizasyonu ve denetiminden İngiltere ve Galler’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik Dairesi, Kuzey İrlanda’da Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, İskoçya ‘da İçişleri ve Sağlık Dairesi sorumludur. Sağlık ve Sosyal Güvenlik Dairesini parlamento üyesi olan bir Hükümet Sekreteri yönetmektedir. İngiltere’ de sağlık hizmetleri yerel ve bölgesel sağlık otoriteleri tarafından yürütülmektedir. Yerel yönetimler, 250.000 kişilik nüfusa hizmet verebilecek nitelikteki alt bölge (district) yönetimi altında toplanmıştır. Hastane yönetim kurulları, Alt Bölge Hastanesi Yönetim Komisyonu’na bağlıdır. Eğitim hastaneleri, bağımsız olarak

kendi yönetici heyetleri tarafından idare edilmektedir. Toplam 35 eğitim hastanesi mevcuttur. Birkaç alt bölge, “Yerel Sağlık İdareleri- Area Health Authority” yönetimine bağlıdır. Bunlar Regional Health Authority yönetimine bağlıdır. İngiltere’de 14 Region bulunmaktadır. İskoçya’da 15 Area, Galler’de 6 Area ve Kuzey İrlanda’da 4 Area ve her birinde birer district bulunmaktadır (Varlık, 1992:2).

İngiltere’de parasal yardımlar Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sağlık yardımları ise Sağlık Bakanlığı aracılığıyla yerine getirilmektedir. Sosyal güvenlik rejimi; primli rejim, primsiz rejim ve NHS olmak üzere üç ana bölümden oluşmaktadır. Primli rejim; hastalık, analık, işsizlik, yaşlılık, dulluk, emeklilik gibi risklere karşı koruma sağlayan ve sigortalının prim ödemesini gerektiren rejimdir. Primsiz rejim; bazı sakat kişilere ve bunların bakıcılarına kira ve gelir desteği ile çocuk yardımlarını genel bütçeden ayrılan ödenekleri kullanarak sağlayan rejimdir. NHS ise İngiliz halkının ücretsiz olarak yararlandığı, diş ve göz hastalıklarını da kapsayan, finansmanını genel bütçeden vergilerle sağlayan sistemdir (ÇSGB, 2000:170).

Kendine özgü bir temel felsefe ve örgütlenmeye sahip İngiltere Ulusal Sağlık Sistemini diğer Batılı ülke sağlık sistemlerinden ayıran iki temel özelliği vardır. Bunlardan birincisi; sistemin sadece genel vergilerle finanse edilip sigortacılık hizmetlerinin çok az bulunmasıdır. Diğeri ise İngiltere’de GSMH’ dan sağlığa ayrılan pay diğer Batılı ülkelerden az olmasına rağmen sağlık düzeyi göstergeleri daha iyidir. Kısaca Ulusal Sağlık Hizmeti’nde daha az harcama ile daha iyi hizmet verilmektedir (Serin, 2004: 121).

NHS içinde geleneksel olarak hastanecilik hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetleri birbirinden ayrıdır. Hastanecilik hizmetlerinin sorumlusu Alt Bölge Sağlık İdareleri iken birinci basamak sağlık hizmetleri Aile Sağlığı Hizmetleri İdareleri (Family Health Services Authorities) sorumluluğundadır. Ancak 1996 yılında bu iki hizmeti entegre etmek amacıyla Alt Bölge Sağlık İdareleri ile Aile Sağlığı Hizmeti İdareleri tek bir çatı altında birleştirilmiştir (Belek, 2009: 206).

2.4.2.2. 1980 Sonrası Ulusal Sağlık Sisteminin Dönüşümü

NHS Thatcher döneminde liberal karakterli yapısal değişiklikler geçirmiştir. 1983 yılında bir süpermarketler zincirinin genel yöneticisi olan Sir Roy Griffiths’e hazırlatılan rapor, bu değişikliklerin temel noktalarını belirlemiştir. Griffiths bu

raporda NHS’de kurumsal durgunluk olduğu saptamasını yapmıştır. Bu raporda her sağlık kurumunun başına NHS dışından profesyonel yöneticilerin getirilmesi ve özel sektörün teşvik edilmesi gibi öneriler yer almaktadır. Sağlık sektörünün bir sağlık süpermarketine ve hizmeti kullananların da tüketiciye dönüştürülmesi hedeflenmiştir. Ayrıca 1988 yılında Alain Enthowen tarafından iç piyasa adı verilen bir strateji geliştirilmiştir. İç piyasa düzenlemesiyle NHS parçalanmış, hizmet üretenler ile satın alanlar birbirinden ayrılmış ve NHS içine piyasa ilişkileri sokularak taraflar arasında rekabet yaratılmıştır. Rekabet; hizmeti üreten kurumlar (genel pratisyenler ve hastaneler) arasına sokulmuştur. Bunun için de hastalara hekim seçme hakkı verilmiş ve hekimler üzerinde finansal baskı yaratılmıştır. Öte yandan da genel pratisyenlik hizmeti yeniden düzenlenerek, genel pratisyenler üzerine, hastaneler arasında rekabet yaratacak finansal sorumluluklar yüklenmiştir. Muhafazakâr Hükümetin reform önerileri şu temel ilkeler üzerinde geliştirilmiştir:

- Daha fazla esneklik uygulamak, bunun içinde karar alma mekanizmalarının yerel düzeye delege edilmesi,
- Hastanelerin özerkleştirilmesi ve hastane işletmeleri (Trust) haline getirilmesi,
- Paranın hastayı (ya da işi) izlemesi, yani ödemelerin iş bittikten sonra yapılması,
- Genel pratisyenlerin kendi hastaları adına hastanecilik hizmetlerini satın alabilmeleri, bunun için de fon kullanabilmeleri (Fon Tutucu Genel Pratisyenlik).

İngiltere’de öncelikle iyi işletilen NHS hastaneleri işletme haline getirilmiştir. Bunlar kaynak bulma, kendi kadrolarını atama, bölgesel otoritelerle, fon kullanan genel pratisyenlerle, özel sektörle anlaşma yapma, yatırım gerçekleştirme yetkisine sahiptirler. Alt Bölge Sağlık İdareleri kendi hastanelerinden, hastane işletmelerinden ve özel hastanelerden hizmet satın alabilmektedirler. 1998 yılında bütün akut bakım hastanelerine, toplum sağlığı üreticilerine ve ambulans hizmetlerine işletme statüsü kazandırılmıştır. Finansman yine genel vergilerle sağlansa da fonların kullanımı değiştirilmiş, hizmeti üreten ve satın alan kurumlar birbirinden ayrılmıştır. 1991 yılına kadar hastaneler Alt Bölgelere bağlıdır ve Alt Bölgeler doğrudan hizmet üretiminin içinde yer almışlardır. Reformlarla birlikte hastaneler, işletmeleştirilirken Alt Bölgeler de finansör ve hizmet satın alan kurumlar haline getirilmiştir. Bu

sistemde; hizmeti satın alanlar, Alt Bölge Sağlık İdareleri ile fon kullanan genel pratisyenlerdir. Hizmet üreticileri ise genel pratisyenler, fon kullanan genel pratisyenler, NHS hastaneleri, hastane işletmeleri ile özel hastanelerdir. Her Alt Bölge Sağlık İdaresi, kendi 300 bin nüfuslu bölgesi için hastane işletmelerinden hizmet satın almaktadır (Belek, 2009: 206-207).

NHS'nin piyasaya açılması muhafazakâr hükümetin beklentilerinin tersine sistemin verimliliğinde ve maliyetlerin azaltılmasında önemli değişiklikler yaratmamıştır. Örneğin; hastanelerin üretkenliğinde ancak küçük bir artış olmuş ve fon kullanan genel pratisyenlerin ilaç harcamaları da oldukça düşük bir miktarda azalmıştır. Buna karşılık halkın memnuniyetinde ve hizmetlerin klinik kalitesinde artış, bekleme sürelerinde ise bir azalma yaşanmamıştır. Ancak yönetsel maliyetler önemli oranda artmıştır. Yönetim maliyetlerinin toplamdaki oranı 1991-1992'de % 8 iken 1995-1996'da % 11'e yükselmiştir (Belek, 2009: 209).

1997 yılında İşçi Partisi Hükümeti sistemde yeni değişiklikler gerçekleştirmiştir. Hükümet özellikle genel pratisyenlerin fon kullanmasını, fon kullanan genel pratisyenlere bağlı hastalarla, diğerleri arasında bekleme süreleri konusunda ortaya çıkan eşitsizlikleri ve yönetsel maliyetlerin artışı eleştirmiştir. 1999 yılında çıkarılan Sağlık Yasası ile şu değişiklikler yapılmıştır (Belek, 2009:210):

- Hizmetin finansmanı ile üretiminin ayrılması korunmuş, ancak sözleşme süreleri bir yıldan üç yıla çıkartılmıştır.

- Fon kullanan genel pratisyenlik sonlandırılmış, yerine nüfus temelli Birincil Bakım Grupları getirilmiştir.

- NHS işletmeleri korunmuş, ancak bunlar Alt Bölgeler ve Birincil Bakım Grupları ile işbirliği halinde çalışmaya yönlendirilmiştir.

- Belli hastalıklar ve yeti yitimlerinin klinik bakımı için standart şemalar geliştirilmiş ve hizmet kalitesi kavramı ön plana çıkartılmıştır.

- Eşitsizliklerin ve yoksulluğun azaltılmasına özel önem verilmiş, bunun için 26 adet özel yoksulluk bölgesi belirlenmiş ve bu bölgelerde NHS'nin yerel yönetim, yerel endüstri ve gönüllü kuruluşlarla birlikte sağlığın gelişimi için çalışması benimsenmiştir.

Geçen 10 yılda Blair hükümeti birbiriyle tam olarak uyumlu olmayan birtakım değişiklikler yapmıştır. Bunların odaklandığı noktalar ise şunlardır:

- NHS harcamalarındaki aşırı yükselme,
- Hastanelerdeki bekleme sürelerini azaltmak ve niteliği artırmak için piyasa, tercih ve sonuçlara göre ödemeler,
- Birinci basamağa daha çok kaynak yönlendirmek ve geri kalmış bölgelere özel önem vermek,
- Sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini daha iyi entegre etmek.

Bu hedeflere ulaşabilmek için finansal ve çeşitli kriterler belirlenmiştir. Örneğin; artık hastane yöneticileri finansal yönetim kriterleri başta olmak üzere bekleme süreleriyle ilişkili performans kriterlerini yakalamak zorundadır. Eğer bunu başarabilirlerse daha çok otonomi ve ayrıca maddi kazanç elde etmektedirler. Başaramadıkları takdirde işten alınmaktadırlar.

Blair Hükümeti iç piyasa uygulamasına son verdikten sonra NHS harcamalarındaki yıllık artış hızlanmıştır: 1997-1998'de % 1,5, 1998-1999'da % 2.2 ve sonraki üç yıl boyunca da % 4.7'dir. Ancak bu artış özellikle ücretlerin yükseltilmesine, personel sayısının arttırılmasına ve hastane alt yapısının geliştirilmesine bağlıdır. Ayrıca 2007 yılında gelecek 10 yılda yaşama geçirilecek yeni bir plan açıklanmıştır. Buna göre hizmet kullanıcılarına daha çok insiyatif verilmesi düşünülmektedir. Bunun dışında genel pratisyenlik hizmetlerine ulaşımı arttıracak ve hastane temizliğini geliştirecek uygulamalardan söz edilmektedir. 2008 yılı itibariyle bütün İngiliz vatandaşları NHS kapsamındadır. NHS koruyucu sağlık hizmetlerini, ayakta ve yataklı tedavi edici hizmetleri, genel pratisyenlik hizmetlerini, ayakta ve yataklı tedavide verilen ilaçları, diş sağlığı hizmetlerini, ruhsal sağlık hizmetlerini, yeti yitimi ve rehabilitasyon hizmetlerini finanse etmektedir (Belek, 2009: 213). Ayrıca oftalmik hizmetleri, aile planlaması, evde hasta ziyaretleri, evde hemşirelik ve ebelik bakımı, epidemiyolojik incelemeler, ambulans hizmetleri sağlanmaktadır (Aksakoğlu, 1995: 96).

İngiltere'de sağlık harcamalarının %90'ı devlet bütçesinden, % 8'i işçi ve işverenden, % 2'si ise kişilerin doğrudan harcamalarından karşılanır. Bunun da % 74'ü hastane harcamalarına gitmektedir. Ulusal Sağlık Hizmetleri herkese ücretsiz

sağlık hizmeti vermektedir. Özel hasta muayeneleri için kişilerin kendileri ödeme yapmaktadırlar (Varlık, 1992: 12).

2.4.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması

NHS’de ücretsiz olarak verilen sağlık hizmetleri üç ayrı basamakta verilmekte olup, basamaklar arası çok iyi bir sevk zinciri bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde; hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşu genel pratisyenleri içermektedir, ikinci basamakta konsültan denilen uzman hekimler bulunmaktadır. Bu hekimlere ancak genel pratisyenler sevk ederse hasta gidebilir. Üçüncü basamak ise özel dal hastanelerini ve eğitim hastanelerini içeren ileri tıp merkezleridir (Serin, 2004:124)

İngiltere’de koruyucu sağlık hizmetleri ve organizasyonu çok gelişmiştir. Ana-çocuk sağlığı ile sağlık eğitimi hizmetleri yaygın olarak verilmektedir. Sanitasyon, okul sağlığı, ruh sağlığı, özürllülere hizmetler, kan merkezleri, beslenme, ilaç, gıda, sakatlara hizmetler ile yaşlı ve kimsesizlere hizmetlere ayrı bir önem verilmektedir. Yerel otoriteler bu hizmetleri sağlık görevlilerinin tavsiyelerine göre yürütürler. Bölge sağlık idarelerinde sağlık işlerini halk sağlığı uzmanları yönetmektedir (Varlık, 1992:4).

İngiltere’de ilk basamak sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetleri yaklaşımı çerçevesinde aynı bina içinde ekip anlayışıyla hekim, hemşire ve ebe tarafından verildiği gibi aile hekimleri ile dış hekimleri tarafından da verilmektedir. Genel pratisyen hekim devlet memuru olmayıp, istediği yerde yerleşip çalışabilmektedir. Bu kişiler, bölgenin aile hekimliğini Aile Hekimliği Komiteleri ile anlaşma yoluyla yapabilmektedirler. Hizmetlerinin karşılığında hükümetten kişi başına yıllık ücret almaktadırlar. Hekimin listesine genellikle 2000-3500 kişi kayıtlı bulunmaktadır. Hekim bu kişilere evinde veya muayenesinde günün her saatinde bakmak zorundadır. Bu hekimler, koruyucu hizmet vermek ya da periyodik muayene yapmak zorunda değildirler. Hastalanan kişiler acil haller dışında bu hekime başvurmak zorundadır. Genel pratisyen hekim, gerekli durumlarda hastasını hastaneye göndermektedir. Hastaneden taburcu olanların takip sorumluluğu da genel pratisyen hekime aittir. Hastaya yapılan hizmetler için hasta herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Diğer taraftan isteyen genel pratisyen hekimler dış hekimleri ile

anlaşma yapabilmekte ve diş hekimleri ücretlerini Diş Hekimleri Aile Komiteleri'nden almaktadırlar (Varlık,1992: 6-7).

İngiltere'de nüfusun % 99'u NHS kapsamında çalışan genel pratisyenlere kayıtlıdır. Bireyler kendi bölgelerindeki bir genel pratisyeni seçme özgürlüğüne sahiptirler. Seçme özgürlüğüne rağmen hekim değiştirme oranı oldukça düşüktür. Bireyler hastalandıklarında öncelikle bağlı oldukları genel pratisyene başvurmak zorundadırlar. Sağlık hizmetlerinin piyasaya açılması sürecinde genel pratisyenlere kendilerine bağlı nüfus için hastanecilik hizmetlerini satın almalarına yarayacak fon kullanma hakkı tanınmıştır. 1996'da gerçekleştirilen yeni bir düzenleme ile genel pratisyenler, yıllık rapor sunmak, bu raporda parasal harcamalarını ayrıntılı olarak göstermek ve her yıl belli bir düzeyde sağlık taraması ve koruyucu sağlık hizmeti gerçekleştirmek zorundadırlar. İşçi Partisi fon kullanan genel pratisyenlik uygulamasını eşitsizlikçi etkileri ve yüksek düzeyli maliyetleri nedeniyle iptal etmiştir. Eylül 1999 tarihine kadar bütün genel pratisyen hekimlere bir Birincil Bakım Grubu ile birleşme zorunluluğu getirilmiştir ve 28 bin genel pratisyen hekim birinci basamak hizmeti vermektedir (Belek, 2009: 219).

İngiltere'de hastanecilik ve genel pratisyenlik hizmetlerinin alanına girmeyen üçüncü bir sağlık sektörü daha bulunmaktadır. Bu sektör; ev hemşireliği, ev ziyaretleri, aile planlaması klinikleri, okul sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi gibi diğer hizmetlerden oluşmaktadır. Bu hizmetlere ilişkin ilk düzenlemeler, 1875 yılında çıkarılan Kamu Sağlığı Yasası ile gerçekleştirilmiştir. Bu hizmetlerin çoğu gönüllü kuruluşlar tarafından örgütlenmiştir. Daha sonra aynı iş için yerel otoriteler devreye girmiştir. Son olarak da merkezi hükümette sürece katılmıştır. NHS kurulduktan sonra bütün toplum sağlığı hizmetleri yerel idarelerin denetiminde entegre edilmiştir. Kamu sağlığındaki asıl sorumluluk Alt Bölge Sağlık İdareleri'ndedir. Bunun için, Alt Bölge Sağlık İdareleri yıllık bir iş planı hazırlanmaktadır. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, Alt Bölge Sağlık İdareleri'nin en önemli görevlerinden birisidir. Genel pratisyenler ise bağışıklama ve sağlık taramaları ile kamu sağlığı çalışmaları içinde yer almaktadır. Ayrıca hipertansiyon ve kalp hastalığı olanlar ile felçli hastaların izlenmesinden, sigara mücadelesinden, bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite durumlarının değerlendirilmesinden, 75 yaş üzerindekiilerin yıllık sağlık kontrollerinin yapılmasından, meme ve serviks kanseri taramalarından genel

pratisyen hekimler sorumludurlar (Belek, 2009: 220). Ayrıca kamu sağığı hizmetlerinden sorumlu olan, evde hasta bakımı sunan 10.000 toplum sağığı hemşiresi ile sayıları 5000’ni bulan ve ana-çocuk sağığı hizmeti sunan ebe bulunmaktadır (Belek, 2009:221).

İngiltere’de ilk aile hekimliğı uygulamaları 1601 yılında başlamıştır. Gerçek anlamda aile hekimliğı ve İngiltere’deki ismiyle genel pratisyenlik ise 1947 yılında Aile Hekimleri Kraliyet Koleji’nin kurulmasıyla başlamıştır. Ülkedeki aile hekiminin çoğı 4-5 hekimden oluşan grup muayenelerinde hizmet vermektedir. Bazı aile hekimleri tek hekim ve ekibinden oluşan birimlerde hizmet sunarken, bazı aile hekimleri ise sağık merkezlerinde görev yapmaktadırlar. Bir aile hekimine düşen nüfus ortalama 3000 civarındadır. Aile hekiminden sevk almayanlar, ikinci basamağı acil durumlar dışında başvuramamaktadırlar. Aile hekimlerinin ikinci basamağı sevk oranı % 10 dolayındadır. Aile hekimlerine ödeme, kayıtlı kişi başına yapılmakla birlikte koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılabilmektedir. Tüm tıp fakültelerinde aile hekimliğı bölümleri vardır ve mezuniyet öncesi eğitimi verilmektedir. Aile hekimliğı uzmanlık eğitimi 1979’da zorunlu hale getirilmiştir ve 1 yıllık intörnlik döneminden sonra 2 yıllık hastane eğitimi ve daha sonra da eğitimcilik eğitimi almış bir aile hekiminin yanında geçecek olan 1 yıllık bir eğitim süresini kapsamaktadır. Uzmanlık sonrasında sınav zorunluluğı bulunmamaktadır. Ancak Aile Hekimleri Kraliyet Koleji’ne üye olabilmek için uzmanlık eğitimi tamamlayan aile hekimlerinin % 80’i sınava girmektedir. Uzmanlık sonrası sürekli tıp eğitimi zorunlu değildir, ancak desteklenmekte ve özendirilmektedir (Akman, 2004).

2.4.3. Almanya: Refah Devleti Temelli Sağık Sistemi

2.4.3.1. Sağık Hizmetlerinin Finansmanı ve Örgütlenmesi

Almanya sağık hizmeti bakımından dünyanın en iyi ülkelerinden bir tanesi olup, sağık sistemi geçmişi “hastalık fonları” adı verilen kooperatif organizasyonlarına dayanmaktadır. Sağık sisteminin işleyişi devletin federal yapısıyla yakından ilişkilidir. Sistem, çoğılculuk ve özerk yönetim ilkelerine dayanmaktadır. Devlet bütün vatandaşlarının ekonomik ve sosyal durumları ne

olursa olsun, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi bakımından eşit haklara sahip olduklarını kabul etmektedir (Özdemir vd, 2003:212).

Almanya’da sorumluluk Gençlik, Aile ve Sağlık Federe Bakanlığı’ndadır. Ülkede federe devletlerden her biri, kendi ihtiyaç ve imkânlarına göre sağlık politikalarını belirlemektedir. Bakanlığın, İdare ve Planlama, Gençlik Aile ve Sosyal İşler, Tıp ve İlaçlar, Gıda ve Veteriner İlaçları olmak üzere dört genel müdürlüğü mevcuttur. Federe devletlerde ve daha alt bölgelerde sağlık sorumluları bulunmaktadır ve bunlara bağlı sağlık merkezleri tarafından hizmetler yürütölmektedir (Varlık, 1992:2).

Almanya’da sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı yanında Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Doğa Çevre ve Nükleer Güvenlik Bakanlığı, Araştırma ve Teknoloji Bakanlıklarınca ortaklaşa yürütölmektedir. Federal Sağlık Konseyi, Sağlık Bakanlığı’na sağlığın desteklenmesi ve korunması konusunda danışmanlık hizmetleri vermektedir. Eyalet Sağlık Bakanlıkları ise eyaletler düzeyinde kamu sağlık hizmetlerinin yürütölmesinden sorumludurlar. Yasal yükümlölük eyaletler ve devlet arasında bölüşölmüş olup federal devlet yetkisini kullanma gereği duymadıkça yetki eyaletlerindir. Federal devlet, sağlık hizmetlerinin pek çok alanını yasalarla düzenleyerek uygulamada birlik sağlamıştır (Serin, 2004: 136).

Almanya’da sağlık sigortasına yönelik işlemleri Sağlık ve Analık Sigortası yürötmektedir. Bu kurum Federal Sağlık Bakanlığı ve Federal Sağlık Enstitüsünün denetimindedir. Sağlık sigortaları altısı zorunlu olmak üzere toplam 8 değişik sigorta kolunca yürütölmektedir. Bunlar; bölge sağlık sigortaları, işyeri sağlık sigortaları, lonca sağlık sigortaları, çiftçi sağlık sigortası, deniz sağlık sigortası, Alman madenciler birliği sigortası, işçi yedek sigortaları, memur yedek sigortalarıdır. Bu sigortalara bağlı toplam 1100 civarında özerk sağlık sigorta kuruluşu faaliyet göstermektedir. Ülkede kural olarak her sigorta kolu için ayrı bir sosyal güvenlik kurumu yetkili kılınmıştır. Bu kurumlar, sigorta ve sigortaya ilişkin ulusal ve uluslar arası uygulamadaki tüm işlemleri üstlenmişlerdir (ÇSGB, 2000: 132).

Almanya sigorta sistemi zorunlölük esasına dayanan sosyal sigorta modelidir. Bu model büyük ölçüde özel sigorta tekniğinin uyarlanmasıyla ortaya çıkmıştır. Nüfusun % 90’ı zorunlu sosyal sigorta kapsamındadır (Fink, 1997: 105).

Almanya’da çalışanlar ücretli bir işe girdikleri tarihten itibaren sigortalı sayılmaktadırlar. Bildirim yükümlülüğü işverene bırakılmıştır. Ülkede belirli alt ve üst sınırlar arasında gelir elde eden herkes, sağlık sigortasına üye olmak zorundadır (Erdoğan ve Saltık, 1996: 19).

Alman sağlık sisteminin kökenleri ulusal sağlık sigortasının zorunlu hale geldiği 1883 yıllarına dayanmaktadır. Sağlık sistemi; federalizme göre karakterize edilmiş merkeziyetçi bir yapıda olup sivil toplum örgütleri sistemde ana aktörlerdir. Doktor ve diş hekimi birlikleri sağlık hizmet sunucuları tarafında, hastalık fonları ise finansör tarafında yer almaktadır. Hastaneler özel hukuka bağlı kuruluşlarca temsil edilmektedir. Alman toplumunun hemen hemen tamamı birbiriyle rekabet etmeyen özel gruplara hedeflenmiş, yasal statüsü olan hastalık fonları ile özel sigortalara tabidir (Erdoğan ve Ekuklu, 1995: 66).

Almanya’da devlet, sigorta ve belediyelere ait hastaneler yanında vakıflara ve gönüllü kuruluşlara ait olan ve özel kesime ait hastaneler olmak üzere üç çeşit hastane vardır. 1990 yılında hastane yataklarının % 62.8’i kamu, % 33.5’i kar amacı gütmeyen özel, % 3.7’si kar amaçlı özel sektör elindedir. 2002 yılına gelindiğinde ise oranlar sırasıyla % 53.9, % 37.7 ve % 8.3 olarak değişmiştir. Aynı süre içinde toplam hastane yataklarında % 12’lik bir azalma olmuştur (Belek, 2009: 240). Hastane büyüklüklerinin tespitinde nüfus artışı, hasta kabul seviyesi, ortalama yatış süresi, yatak işgal oranı gibi kriterler dikkate alınmaktadır. İleri sağlık teknolojileri dördüncü kademe hastanelerde bulunmaktadır. Üniversite hastaneleri ise eğitim ve referans amaçlı hastanelerdir. Hastanelerde poliklinik bulunmayıp, hasta doğrudan hastaneye acil haller dışında başvuramamaktadır. Hastanelere sigortadan hastanın yattığı gün hesabıyla ödeme yapılmaktadır. Hekimler hastanede ücretle çalışmakta ve sadece klinik şefleri hastanede özel muayene yapabilmektedir (Varlık, 1992: 9). Hastane tedavisi pratisyen hekimin ya da uzman hekimin sevki ile mümkündür. Özellikle 2004 sağlık reformundan sonra pratisyen hekimlere “Gate Keeper- Kapı Tutucu” görevi verilerek sevk zincirinin kontrolünü üstlenmeleri sağlanmıştır. Sağlık sigortası uygulamalarında sigortalının yararlandığı hizmetler; bazı hastalıkların önlem ve erken teşhisi, diş sağlığı ile ilgili önlemler, hastane hizmetleri, sürekli bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve ev işleri yardımı, rehabilitasyon hizmetleri ve laboratuvar hizmetleridir. Sağlık sigortası uygulamaları; bu sağlık

hizmetleri yanı sıra parasal yardımları da kapsamaktadır. Kural olarak işveren, hastalık nedeniyle çalışamaz duruma gelen sigortalıya ilk 6 hafta içinde ücretini tam olarak ödemeye devam etmekte ve 6 hafta sonra işverenden ücret alamayan sigortalı için sağlık sigortası devreye girmektedir. Sigorta tarafından hastaya brüt ücretinin % 70'ine denk bir ücret ödemektedir. Aynı hastalık için alınan hastalık parası 3 yıl için 78 haftayı geçmemektedir (ÇSGB, 2000:132).

Almanya 'da ayaktan tedavi edici hizmetlerin sunumu bölgesel hekim birliklerinin sorumluluğundadır. Hizmet üretimi konusunda tek yetkili ise hekim birlikleridir. Birlikler hizmeti devletin ve sigorta fonlarının belirlediği standartlarda sunmak zorundadır. Sundukları hizmet karşılığında aldıkları parayı da üyelerine dağıtmaktadırlar. Hekimlerle sigorta fonlarının ortak görüşmelerinin gerçekleştirildiği en önemli kurum, Hekimler ve Hastalık Fonları Federal Komitesi'dir. Bu komite tarafların temsilcilerinden oluşmaktadır. Yakın dönemde ilaç yazılımı, yeni teknolojilerin kullanımı gibi konularda da standartlar geliştirilmektedir. Hastaneler için birinci basamak tedavi hizmetlerine benzer korporatist bir yapı bulunmamaktadır. Hastaneler tek tek sigorta fonlarıyla anlaşma imzalamaktadırlar. Giderek hastaneler de birlikler oluşturmaktadır. Bunların hekim birlikleri gibi korporatist sorumlulukları yoksa da karar alma süreçlerinde görüşme hakları bulunmaktadır (Belek, 2009: 239).

2.4.3.2. Yeni Liberal Politikalar Doğrultusunda Sağlık Reformları

2000 yılındaki Zorunlu Sağlık Sigortası Reform Yasası ile geri ödemelerde Tanı Temelli Gruplar adı verilen yeni bir sistem getirilmiştir. Bu 1972'den beri yapılan en köklü reformdur. Reform öncesinde her işlem için ayrı ödeme yapılırken, yeni sistemde hastaneler hastanenin tipine ve hastalığa göre her hasta için günlük 150-400 Euro ödeme almaktadır. Amaç; hastaneler arasındaki rekabeti arttırmaktır. 2002 yılında ise hastalık fonlarını kronik hastaları bağlamaya motive etmek için, Hastalık Yönetimi Programları uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulama; şeker hastalığı, meme kanseri, kalp- damar hastalığı, astım, kronik akciğer hastalığı gibi hastalıklara sahip hastalara yöneliktir. 2007 yılında rekabeti arttırmak üzere özel bir yasa hayata geçirilmiştir. Yasanın başlıca bileşenleri şunlardır (Belek, 2009: 253-254):

- Çalışanların primleri sigortalar arasında farklılık göstermeksizin standartlaştırılacak ve merkezi bir fonda, bütçeden aktarılan kaynakla birlikte toplanacaktır. Sonra bu kaynak sigorta kurumlarına, sigortaladıkları nüfusun yaş ve riskine göre düzenlenerek dağıtılacaktır. Aktarılan kaynaklara gerekli hizmeti üretemeyip açık veren fonlar, üyelerine yeni finansal yük yansıtırken, parası artan fonlar bu parayı elinde tutabilecektir.

- Sigorta fonlarına üretici kurumlarla pazarlıkta daha geniş hareket alanı tanınacaktır. Bunun maliyet etkinliği ve verimliliği arttıracığı beklenmektedir.

- Şu anda sigortalı olmayan bir kesim vardır. Sigortaya üyelik bunlar için de zorunlu olacaktır.

Alman Hükümeti, 2003 Mart ayında sağlık ve emeklilik sigortalarına yönelik ciddi bir reform olarak nitelendirilen 2010 Ajandasını açıklamıştır. Rekabetin güçlendirilmesi, hastalık sigortası kapsamının daraltılması, hastalık parası için özel sigorta yaptırılması, cepten ödemelerin arttırılması gibi önlemlerin alınacağı belirtilmiştir. 2010 ajandasının bir bölümü olan ve 2004 yılında yürürlüğe giren yasa şu değişiklikleri öngörmektedir (Öcek, 2007: 93):

- Sigortalıların sandıklar aracılığıyla uygun tamamlayıcı özel sigortalarla sözleşme yapmalarının kolaylaştırılması, koruyucu programlara ve hastalık yönetim programına katılan hastalara sandıkların bonus düzenlemeler sunmaları,

- Sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi, kaliteye yönelik bir enstitü kurulması, sağlık çalışanlarının kalite güvencesi konusunda eğitimi ve hastalık sigortası doktorları birliği'ne bu konuda güçlü bir sorumluluk verilmesi,

- Çok disiplinli ekipler tarafından hizmet verilen, kar amaçlı sağlık bakım merkezlerinin kurulması, sandıkların aile hekimleri ile doğrudan sözleşme yapabilmesi, hastanelere hastalık yönetim programına katılma olanağı verilmesi,

- 2007'den itibaren hastalık sigortası doktorlarına yapılan ödemenin belli bir üst sınıra kadar sabit puan değerleri aracılığıyla hesaplanması,

- Diş protezleri için sadece sigortalılar tarafından finanse edilen, gelir düzeyinden bağımsız ek bir sigorta yaptırılması, zorunlu tutulmayan bu sigortanın istenirse, özel olarak da yaptırılabilmesi,

- Hastalık parası için % 0.5 oranında ek bir katılım payı uygulanması ve bunu sigortalıların tek başlarına karşılamaları, ölüm parası, doğum parası, görme yardımı, kürtaj, yol masrafı ve cerrahi sterilizasyonun kapsam dışı bırakılması,

- Reçete zorunluluğu olmayan ilaçların kapsam dışı bırakılması olarak sıralanabilir.

2010 Ajandası ile Alman vatandaşları hastalık sigortasında seçmeli ve zorunlu hizmetler ayrımı ve bireysel sigorta seçenekleri gibi kavramlarla tanışmıştır. “Kendi kararlarını verme özgürlüğü” ve “ bireysel sorumluluğun güçlendirilmesi” olarak tanıtilan özelleştirme adımları hastalık sigortasının kapsamının daraltılmasını, sağlığın işverenlerin hiçbir katkısının olmadığı bireysel tamamlayıcı sigortalar ve cepten ödemelerle finanse edilmesini ve özel sigortacılığın geliştirilmesini amaçlamaktadır (Öcek, 2007: 94).

2.4.3.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması

Birinci basamakta ayaktan tedavi edici hizmet sunan hekimler kendi ofislerinde çalışmaktadır. Birinci basamakta görev yapan hekim sayısı 125 bindir. Bu hekimlerin ¼’ü grup halinde çalışmaktadır. Her tür uzmanlık alanı birinci basamakta ayaktan tedavi edici hizmet verebilmektedir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin % 5’inin hastanede de hasta tedavi etme hakkı vardır. Bu da çoğunlukla küçük cerrahi girişimler için söz konusudur. Diğer hekimler ise hastalarının hastaneye yatmasını düşündüklerinde hastane hekimine sevk etmektedirler. Böylece, ayaktan tedavi edici hizmetlerle yataklı tedavi hizmetleri hemen hemen kesin sınırlarla ayrılmıştır (Belek, 2009: 242).

Nüfusun % 90’ının bir aile hekimi vardır, ancak bir hastalık durumunda ayaktan muayene için uzman hekimler tercih edilmektedir. 2004’den beri uzmanları tercih etmeyenlere finansal ödül verilmektedir. Yalnızca hastane sevki için aile hekiminden sevk alma zorunluluğu bulunmaktadır. Hastalar, sevkli olarak istedikleri hastaneyi seçmekte serbesttir. Hastane hekimleri ücret esasına göre istihdam edilmektedirler. Kıdemli hekimler hizmet başı ödeme temelinde, hastane dışındaki ofislerinde özel hasta da bakabilmektedirler. Kıdemliler dışındaki hastane hekimleri hastane dışında çalışamazlar. Yataklı tedavi hizmetlerinin ödemesi tanı temelli gruplar üzerinden yapılmaktadır. Tanımlanmış 110 tanı temelli hastalık grubu

bulunmaktadır. Birinci basamakta ayakta tedavi hizmeti sunan aile hekimleri ile diğer uzmanların geri ödeme mekanizmaları farklıdır. Birinci basamakta aile hekimi olarak sertifikalandırılmış hekimlerin uzmanlıklara dağılımı şöyledir: 31.758 genel pratisyenlik uzmanı, 11.303 herhangi bir uzmanlığı olmayan pratisyen hekim, 10.336 dahiliye uzmanı ve 5447 çocuk sağlığı uzmanı (Belek,2009: 243).

Dört yıl süren, hastane ve muayenehanede gerçekleştirilen bir uzmanlık eğitim programı olan aile hekimliği 1994 yılından itibaren birinci basamakta çalışacak hekimler için zorunlu hale getirilmiştir. Almanya’da birinci basamak sağlık hizmetlerini öncelikle aile hekimi uzmanları, daha sonra da uzmanlık unvanlarını kullanmaksızın diğer dal uzmanları muayenehanelerde vermektedir. Kural olarak acil vakalara mesai saati dışında da bakılmakta ve bu görev aynı bölgedeki diğer aile hekimleri ile paylaşılmaktadır. Almanya’da hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimine en az 3 ay boyunca bağlı kalmaktadırlar (Paycı ve Ünlüoğlu, 2008; Öcek, 2007: 83-95).

2.4.4.İsveç

2.4.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Örgütlenmesi

Sağlık ve tıp hizmetleri İsveç’te kamu sektörünün sorumluluğundadır. İsveç ülke sağlık hizmetleri bakımından 7 bölgeye ayrılmıştır. Sağlık hizmetleri 26 il idaresinin görevidir. Her bir idare 60.000- 150.000 arasında bir nüfusun, 19 yaşında kadar dış sağlığı da dahil sağlık hizmetlerini üstlenmiştir. İl idareleri her üç yılda bir, genel seçimlerle birlikte seçilmektedir (Rosenthal ve Frenkel, 1992: 175).

İsveç’te ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Kırsal bölgelerdeki koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavi hizmetlerinden, sağlık merkezleri sorumludur. Çevre sorunlarından belediyeler, bulaşıcı hastalıkların kontrolünden ilçe yönetimi sorumludur. Ana-çocuk sağlığı, işçi sağlığı, yaşlılar için hizmetler, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, kazaların kontrolü, ağız ve diş sağlığı ile sağlık eğitimi için ayrı programlar mevcuttur (Varlık, 1992:4).

İsveç Sosyal Sigorta Kurumu, değişik sigorta dallarını yöneten otoritedir. Hastalık, analık, emeklilik sigortaları, doğrudan gelir desteği, çocuk ve ev yardımı ödemeleri bu kapsamdadır. Kurumun her konsülde bir ofisi bulunmaktadır. Ayrıca

240 adet yerel ofis ile hizmet vermektedir. İsveç sağlık sistemi üç düzeyde organize edilmiştir: ulusal, bölgesel ve yerel. Bölgesel düzeyde il konsülleri, ulusal hükümetle birlikte sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır. Sağlık bakımındaki genel sorumluluk ulusal düzeyde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'ndadır. Merkezi hükümetin temel sorumluluğu sağlık bakımının verimli ve eşitlikçi sunumudur. Merkezi hükümetin amaçları, hedefleri belirlemektedir. Merkezi hükümet, il konsüllerine finansal destek sunmakta ve onları denetlemektedir. Ayrıca merkezi hükümet, il konsüllerinin ve yerel belediyelerin vergi oranlarının tavanını belirlemektedir. Bütün sağlık personeli, hükümet denetimindedir ve teknoloji kullanımına da merkezi hükümet karar vermektedir. Ülkedeki bütün eczaneler İsveç Ulusal Eczaneler Birliği'nindir. Böylece ilaç dağıtımı tamamen ulusallaştırılmıştır (Belek, 2009: 262).

Sağlık için kamusal bütün sorumluluk il konsüllerine aittir. İl konsüllerinin gelirlerinin üçte biri devletten ve ulusal sigorta sisteminden, üçte ikisi ise kendi topladıkları vergilerden sağlanmaktadır. Konsüller her türlü sağlık hizmetini vermek zorundadır. Hastaneler, sağlık hizmetiyle ilgili sorumluluklarını yerine getirmek koşuluyla kendi yönetim sistemlerini kendileri belirlemektedir. 1984 yılında konsüller altı adet tıbbi bakım bölgesi oluşturacak şekilde gruplandırılmışlardır. Bu gruplandırmada amaç, üçüncü basamak sağlık bakımı için konsüller arasındaki koordinasyonu sağlamaktır. Uzmanlık hastaneleri bu altı tıbbi bakım bölgesinin üzerinde, ancak il konsülleri tarafından yönetilecek şekilde organize edilmişlerdir. Bu bölgelerin nüfusu bir iki milyon arasındadır. Altı tıbbi bakım bölgesinde toplam 9 bölge hastane (en az biri üniversite hastanesi) bulunmakta ve bunlar ileri derecede uzmanlaşmıştır. Her sağlık Bakım Alt Bölgesi'nin de bir hastanesi ve birkaç birinci basamak sağlık birimi bulunmaktadır. Her belediye bölgesi aynı zamanda birinci basamak sağlık bölgesidir (Belek, 2009: 263).

İl konsülleri kendi bölgelerindeki özel çalışan hekim sayısını ve bunların yılda bakacakları hasta sayısını belirleme hakkına sahiptir. Her özel hekim, bir bölgede çalışmaya başlamadan önce il konsülünün onayını almak zorundadır. Özel sağlık hizmeti son derece sınırlıdır. Konsüller ayrıca özel sağlık hizmetlerinin finansmanını da düzenlemektedir. Bu amaçla özel sağlık kurumlarının konsüllerle anlaşma yapması zorunludur. Sosyal Sigorta Kurumu bu anlaşmaya göre özel sağlık

kurumlarına geri ödeme yapmaktadır. Eğer böyle bir anlaşma yoksa ya da özel sağlık kurumu anlaşmayla belirlenen kurallara uymazsa hasta, hizmetin masrafını cebinden ödemektedir (Belek, 2009: 264).

İsveç'te toplam 290 belediye bulunmakta ve belediyeler, okul sağlığı, sosyal hizmetler, yollar, su, enerji, kanalizasyon gibi alanlarda sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca çocuk sağlığı, çevre hijyeni, yaşlıların, yeti yitimlilerin ve uzun dönemli tedavi gerektiren psikiyatrik hastaların bakımı gibi alanlarda da finansal destek sağlamaktadır. Belediyeler ayrıca hemşire evleri yönetmekte ve evde bakım hizmeti de vermektedir (Belek, 2009: 264).

2.4.4.2. 1980 Sonrası Sağlık Reformları

1982'de il konsülleri sağlık hizmetlerinin bütün sorumluluğu üstlenirken 1985'de Dagmar Reformu ile kamu ve özel sektörde üretilen ayaktan tedavi edici hizmetlerin finansman sorumluluğu, bu üreticilerin bölge sosyal sigorta ofisleriyle anlaşma yapmaları koşuluyla il konsüllerine devredilmiştir. Amaç; özel hekimler üzerinde il konsüllerinin denetim kurmasıdır. 1992'de Adel Reformu ile uzun süreli hasta bakımı sorumluluğu belediyelere verilmiştir. Buradaki amaç ise hastaneler üzerindeki yükü azaltmak ve maliyeti düşürmektir. Bu reformla uzun süreli hasta bakımı evlere ve hemşire evlerine yönlendirilmiştir. 1992 yılında hastanelerdeki cerrahi hizmetler için bekleme süreleri en fazla üç ayla sınırlandırılmıştır. Daha uzun süre beklemek zorunda kalan hastalara başka hastaneleri seçme hakkı tanınmıştır. 1993'de ilaçlara referans fiyatlandırma sistemi getirilmiştir. 1999 yılında dış sağlığı hizmetleri için kullanıcı ödentisi alınması yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenlemeden sonra hizmeti üretenler fiyatlarını % 18 oranında arttırmıştır. Günümüzde dış sağlığı hizmetleri masraflarının % 60'ı hastalar tarafından karşılanmaktadır (Belek, 2009: 295).

1990'larda il konsülleri hizmet finansmanı ile üretimini ayırmaya yönelmiştir. Böylece il konsülleri finansör kurum işlevini üstlenmişlerdir. Hizmet üreten sağlık kurumlarından sözleşme ile hizmet satın almaya başlamışlardır. Bu uygulamadaki temel amaç ise üretici kurumlar arasında rekabet yaratmaktır. 1994 yılına kadar konsüllerim 14'ü ayrı bir satın alıcı kurum oluşturmuştur. Bu yeni yönelime genel olarak Planlanmış Piyasa adı verilmektedir. Sistem içinde hastalara daha fazla oranda

hekim seçme hakkı tanınmaktadır. Hizmeti satın alacak kurumlar oluşturmamayan konsüllerde de piyasacı bir yönelim yaşanmaktadır. Konsüllerle merkezi hükümet arasında yapılan bir anlaşma gereğince acil rahatsızlığı olmayan bütün hastaların 7 gün içinde birinci basamak hekimince görülmesi, genel pratisyen tarafından sevk edildikten sonra 90 gün içinde uzman hekime muayene olabilmesi ve aynı süre içinde reçetesini almış olması gerekmektedir.

2.4.4.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması

İsveç'te birinci basamak sağlık hizmetleri büyük ölçüde ilçe sağlık merkezlerinde verilmektedir. Kırsal bölgelerde 6000 nüfusa hizmet veren sağlık merkezlerinde ilçe konseyinin atadığı hekim ve iki ebe- hemşire çalışmaktadır. Hemşireler halk sağlığı hizmetleri ile evde hasta bakımından sorumludur. Hekimler koruyucu hizmetler ve ilk basamak sağlık hizmetini birlikte sunmaktadır. Hastalar hekime, hükümet ve tabipler birliğinin saptadığı kadar ücret ödemekte ve ücretin 2/3'sini sigortadan geri almaktadırlar (Varlık, 1992:5).

İsveç'te 1994 yılında Aile Hekimliği Yasası çıkarılmıştır. Bu yasayla il konsüllerine sağlık hizmetine ulaşımı arttıracak şekilde birinci basamak sağlık hizmetini organize etme ve özel çalışan hekimlerle aile hekimi olarak anlaşma yapabilme yetkisi verilmiştir. Aile hekimlerinin ücretlerinin bir kısmı sabit ücret, bir kısmı da hizmet başı ödeme olarak verilmektedir. Ancak 1995'de seçimleri kazanan sosyal demokratlar bu uygulamayı iptal etmişlerdir. 1998 yılında seçimleri kazanan merkez sağ hükümet birinci basamak sağlık hizmetlerinde de sözleşmeli sisteme geçmeye yönelmiştir. Bu durum da birinci basamak sağlık hizmetlerindeki özelleştirmeyi güçlendirmiştir (Belek, 2009: 267).

İsveç'te birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmak kamunun görevidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, yerel düzeyde organize edilmekte ve Birincil Bakım Alt Bölgeleri aracılığıyla sunulmaktadır. Bu bölgelerin nüfusu ise 20-50 bin arasındadır. Her bölgede en az bir sağlık merkezi ve uzun süreli bakım ve hemşire evleri bulunmaktadır. Birinci basamakta hem ayaktan tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumları, sağlık merkezleri adını taşımakta ve toplam 110 sağlık merkezi bulunmaktadır. Sağlık merkezlerinde hekim, hemşire, ebe, fizyoterapist, jinekolog istihdam edilmektedir. 1995 yılında

birinci basamakta çalışacak genel pratisyenlerin uzman olması zorunluluğu getirilmiştir. Bu sistem içinde hemşirelerin özel sorumluluğu vardır. Hemşire, sağlık merkezine gelen hastayı ilk gören ve sağlık merkezinin genel pratisyenine ya da hastaneye yönlendiren kişidir. Ayrıca özellikle yaşlılar için ev ziyaretleri yapmaktadır (Belek, 2009: 269).

Genel pratisyenler, il konsüllerinin ücretli çalışanlarıdır. Ücret düzeyleri hizmet kalitesine ve iş yoğunluğuna göre belirlenmektedir. Genel pratisyenler, hastalardan para almamaktadır. Bir genel pratisyen günde 15-20 hastayı muayene edebilmektedir. Hastalar ise birinci basamak hizmetleri için randevu almak zorundadır (Belek, 2009: 270).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde asıl sorumluluk belediyelere aittir. Sağlık eğitimi okullarda öğretmenler, okul hemşireleri ve okul hekimlerince verilmektedir. Okul hekimleri bağışıklama çalışmalarına katılıp, pap- smear alır ve meme kanseri taraması yapmaktadırlar. Çevre sağlığı hizmetlerinde de asıl sorumlu belediyelere aittir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık kontrolleri, bağışıklama hizmetleri, doğum öncesi bakım hizmetleri ücretsiz olarak verilmektedir. Dış sağlığı hizmetleri 19 yaşına kadar ücretsizdir. Hastalar birinci basamaktaki hekime her muayene oluşlarında 100-150 Kron, uzman muayeneleri ya da acil servislere başvuruda her seferinde 200-300 Kron, hastane yatışlarında ise her gün için 80 Kron ödemektedirler. Ayaktan yazılan ilaçlar için yılda 900 Krona kadar olan harcamaların tümünü hastalar kendileri karşılamaktadırlar. Kamu hizmetleri için cepten yapılacak harcamaların üst sınırı belirlenmiştir. Buna göre; sağlık hizmeti için yılda en fazla 900 Kron (1000 Euro) ve ayaktan yazılan ilaçlar için de 1800 Kron cepten ödeme yapabilmektedir. Bunun üzerindeki miktar geri ödemeye alınmaktadır. İlaç harcamasının geri alınabilmesi için ilacın hükümetin hazırladığı ilaç listesinde yer alması gerekmektedir. Çocuklar maliyet paylaşımının dışında bırakılmıştır (Belek, 2009: 273-279).

2.4.5. Bulgaristan: Sosyalist Modelden Yeni Liberal Modele Geçiş

2.4.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Örgütlenmesi

1989 yılından beri yaşanan politik değişiklikler sağlık sistemini de etkilemiştir. Eski Semeshko modelinde sağlık hizmetleri parasız sunulmakta ve

hizmete evrensel ulaşım temeline dayanmıştır. Sağlık kurumları devletin, sağlık çalışanları ise devlet görevlisiydi. Ancak 1990'ların ortasına kadar merkezi sistem, desantralize, çok başlı zorunlu sağlık sigortası sistemine doğru evrilmiştir. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu oluşturulmuştur. Böylece hizmet üretimi ve finansmanı ayrılmıştır. Bu fon 28 bölgesel organıyla ayakta tedavi hizmetlerini finanse etmektedir. 2000'den beri de sözleşmeli hastanelerden hizmet satın almaya başlamıştır. 1999'daki Sağlık Kurumları Yasası'na göre ayakta tedavi hizmetleri tek veya grup halinde, sağlık merkezlerinde ve bağımsız tıbbi tanı merkezlerinde verilebilmektedir. Hekimler ve sağlık merkezleri sigorta kurumuyla sözleşme yapmak zorundadır (Belek, 2009:283).

Sistemin temel finansman mekanizması zorunlu sigortacılık, merkezi bütçe, belediye bütçeleri, isteğe bağlı özel sigortacılık ve cepten harcamalardır. Sağlık Bakanlığı; üniversite hastanelerini, ulusal ve bölgesel özelleşmiş sağlık kurumlarını, halk sağlığı sistemini, ulusal sağlık programlarını, araştırma kurumlarını finanse etmektedir. 1992 yılından beri belediyeler sağlık hizmeti sunmaktan sorumludurlar. 1998'de sigorta fonunun kurulmasından sonra ayakta tedavi hizmetlerinin tümü, yataklı tedavi hizmetlerinin de % 20'si sözleşmeler aracılığıyla sigorta fonu tarafından finanse edilmektedir. Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hekimler ücretli, ayakta tedavide çalışan hekimlere ise hizmet başına ödeme yapılmaktadır. Birinci basamaktaki hekimlere kişi başına geri ödeme yapılmaktadır. Geri ödeme miktarı hekimin listesindeki hasta sayısı ile orantılıdır. 1999 yılında Sağlık Bakımı Kurumları Yasası, özelleştirmeyi tanımlamıştır. Özelleştirmeye ayakta tedavi hizmeti sunan kamu kurumlarının genel pratisyenlere satışına veya kiralanmasına olanak tanımıştır. Sağlık sistemi bütünüyle piyasa yönelimli bir yapıya kavuşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın 28 tane bölgesel yönetim birimi vardır. Bunlar; politikaların uygulanmasından sorumludur. 1991'den beri belediyeler kendi sağlık kurumlarını işletmektedir. Finansmanını da kendileri yapmaktadır. Sahip oldukları kurumlar arasında hastaneler, tanı merkezleri, ayakta tedavi klinikleri bulunmaktadır (Belek, 2009: 284-285).

2.4.5.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması

Birinci basamak sağlık hizmetleri özel olarak ya da grup olarak çalışan genel pratisyenler ve/ veya ayaktan tedavi hizmeti sunan departmanlarca verilmektedir. Herkes bunların arasından istediğini seçebilir. Genel pratisyenlerin kapı tutucu işlevleri vardır. Yataklı tedavi kurumlarında ya da ayaktan kurumlarda çalışan uzmanlara sevk ederler. Uzman muayenesinde asgari ücretin % 2'si kadar katkı payı verilmektedir. Uzmana doğrudan giden hastalar bütün masrafı cepten karşılamaktadır. Genel pratisyenler temel muayeneyi yapar, acil müdahalede bulunur, tanı testleri uygulayıp reçete yazarlar. Ayrıca aile planlaması eğitimi, aşılama, sağlık eğitimi de yapmaktadırlar. Hastaların genel pratisyenlerini 6 ay içinde değiştirme hakları bulunmaktadır. Genel pratisyen başına düşen ortalama insan sayısı 1472'dir. Ancak üst bir sınır bulunmamaktadır. Ancak genel pratisyenlerin ülke dağılımında eşitsizlik bulunmaktadır.

2.4.6. Küba: Sosyalist Tıp Sağlık Sistemi

2.4.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Örgütlenmesi

Bütçesine oranla sağlık göstergelerinin gelişmiş kapitalist ülkeler kadar iyi olan bir sağlık sistemi kurulmuştur. Bu ülkede sağlık hizmetleri devlet tarafından finanse edilmektedir. Devlet koruyucu ve rehabilite edici hizmetleri değil, aynı zamanda yüksek teknolojinin kullanıldığı hastanecilik hizmetlerini de parasız sunmaktadır. Ülkeye uygulanan ambargoya karşın sağlığa ayrılan pay azaltılmamıştır. Sağlık finansmanı yüksek derecede desantralize edilmiştir. Kamu sağlığı harcamalarının % 92.6'sı belediye bütçesinden finanse edilmektedir. Küba'da herkesin eşit sağlık hakkını garanti altına almak için, sağlık sisteminin devlet bütçesi ile finanse edilmesi ve parasız, evrensel hizmet sunma ilkeleri korunmaktadır (Ochoa ve Pardo, 1999: 314-315). Reçete, ortopedik orte, tekerlekli sandalye, diş, işitme cihazı, gözlük için çok düşük düzeyde cepten ödeme yapılmaktadır. Düşük gelirli vatandaşlar, finansal yardım almaktadırlar ve ilaç, protez vb gibi bazı hizmetler için ücret ödememektedirler. Ulusal sağlık sistemi üç düzeyde yapılanmıştır: ulusal, il ve belediyeler. Planlama, yönetim, düzenleme ve denetleme çalışmaları merkezi ve yerel hükümet organlarının görevidir. Sağlık hizmetlerine toplum katılımı ileri

düzeyde sağlanmıştır. Çocuk felci ve kızamık hastalığını yok eden ilk ülkedir. Kişi başına düşen GSMH 3649 \$ olan Küba, yoksul ancak gelir dağılımı en eşitlikçi olan ülkedir (Erkoç ve Çağlayan, 2006: 459-469).

2.4.6.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması

Birinci basamak hizmetleri “consultorio” adı verilen Aile hekimliği merkezlerinde; ikinci basamak “policlinicos” adı verilen uzmanlaşmış kliniklerde; üçüncü basamak hizmetleri ise hastaneler ve enstitülerde verilmektedir. 1983 yılında aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Her mahalleye, okula ve fabrikaya bir aile hekimi verilmiştir. Her bir aile hekimi ve hemşiresi yaklaşık 120 aileye hizmet sunmaktadır. Sabahları kliniklerinde poliklinik hizmetleri yaptıktan sonra ev ziyaretlerine çıkmaktadırlar. Sevk gerektiren durumlarda uzmanla iletişim kurarak, hastalarla birlikte giderler. Her 15-20 aile hekimi hemşireleriyle birlikte bir çalışma grubu oluştururlar (Paycı ve Ünlüoğlu, 2008; Erkoç ve Çağlayan, 2006: 459-469).

Küba’da uygulanmakta olan aile hekimliği modeli birinci basamak sağlık hizmetlerine yeni olanaklar sunmaktadır. Aile hekimliği sisteminin sunduğu yeni olanaklar şu şekilde sıralanabilir:

- Temel birim ailedir. Aile ortamının bireyin sağlığını etkilediği düşünülmektedir. Aileler sağlığın korunması, rehabilitasyon ve tedavi uygulamalarına katılmaya teşvik edilmektedir.
- Hekim ile hasta arasında yakın ilişki vardır ve bu ilişki, toplum katılımının geliştirilmesine de yansımaktadır.
- Aile hekimliği çevresel sorunların ortadan kaldırılması açısından daha iyi olanaklar sunmaktadır.
- Aile hekimleri toplumun içinde yaşadıklarından, sistem sağlık hizmetlerinin kullanımını geliştirmektedir.
- Aileler ve hekim arasındaki yakın ilişki erken tanıyı kolaylaştırmaktadır.
- Aile hekimliği sistemi ile hastalık komplikasyonlarının önlenmesi daha kolay gerçekleştirilmektedir.
- Aile hekimleri, bölgelerindeki hastanelerde gece nöbetlerine kalmakta, hastaneye yatmış hastalarını ziyaret etmekte, hastane hekimleriyle işbirliği içinde çalışmakta ve önerilerini sunmaktadırlar.

- Uzmanlar aile hekimlerinin ofislerinde hasta konsültasyonu yapmaktadırlar. Bu konsültasyon zaman zaman hastanın evinde gerçekleşmektedir. Böylelikle laboratuvar ve röntgen tetkiklerinde daha az gecikme yaşanmaktadır.
- Aile hekimlerinin hizmet verdikleri nüfusun az olması hastalara gerekli dikkatin gösterilmesini sağlamaktadır.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerini veren sistemde uzmanların istihdam edilmesi hizmet kalitesini arttırmaktadır (Belek,2003: 136).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SOSYAL DEVLETEN YENİ LİBERAL POLİTİKALAR DOĞRULTUSUNDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ

3.1. Türkiye’de Refah Devletinin Gelişimi ve Dönüşümü

3.1.1. Cumhuriyetin İlk Yıllarında Refah Devleti Uygulamaları

Cumhuriyetin ilk yıllarında izlenen ekonomi politikaların temel amacı ulusal kalkınmanın her alanda sağlanmasıdır. Devletin ekonomideki öncülüğü ile serbest piyasa sisteminin birlikte geliştirilmesi amaçlanmıştır. 1923-1929 dönemi, Lozan Antlaşmasının gölgesinde, I. İzmir İktisat Kongresi kararları çerçevesinde liberal politikaların uygulandığı bir süreci ifade etmektedir. İktisat Kongresinde ekonomik liberalleşmenin önündeki engellerin kaldırılması, yerli sermayenin kurulması, özel girişimciliğe öncelik verilmesi ve ulusal sanayinin geliştirilmesi için koruyucu bir gümrük politikasının izlenilmesi gerekliliği benimsenmiştir. İktisat Kongresi kararları doğrultusunda tüccar, çiftçi ve sanayicilere çeşitli imtiyazlar tanınmıştır. Bu dönem; genel olarak devlet müdahalesinin olmadığı, serbest piyasa ekonomisi kurallarının hâkim olduğu bir süreçtir (Sallan Gül, 2004: 265; Önder, 2003b:265).

Devlet bu dönemde, özel kesimi teşvik etmiş ve doğrudan girişimci olmaktan olabildiğince uzak durmuştur. Devlet ekonomik yaşantıda pek az rol almıştır. Kıt kaynaklarını daha çok bazı altyapı kurumlarının kurulması ve yabancı sermaye elinde bulunan ve toplumun ortak gereksinimlerinin karşılanmasında kullanılan kuruluş ve tekellerin satın alınmasına ve devletleştirilmesine ayırmıştır. Bu dönemde; kapitalist üretim biçimi temelinde bir ulus devlet inşa etmek, ulusal sanayiye geliştirmek ve bir an önce Batı uygarlığının düzeyine ulaşmak için çalışma yaşamının düzenlenmesi ve sürekliliğin sağlanması konusunda sıkı tedbirler alınmıştır (Müftüoğlu, 1996: 65; Sallan Gül, 2004: 265).

1926-1930 döneminde sanayileşme çabalarına önem verilmiş, ancak köylülere ve işçilere yönelik herhangi bir iyileştirici gelişme ya da sosyal güvenlik önlemi alınmamıştır. Sosyal devlet yönündeki en önemli gelişme ise 1926 yılında eğitim alanında yaşanmış ve her kademedede eğitim parasız hale getirilmiştir. Sosyal

güvenlik alanındaki ilk gelişme ise 1930 tarihli 1683 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'dur. Bu kanunla; emekli, dul ve yetim aylıklarının hazineden ödenmesini öngören bütçe sistemine geçilmiştir. Ayrıca bu kanunla, memur ve emekli sandıkları tek kanunda birleştirilmiştir. Ek olarak bu kanunla, işçi sağlığının korunması ve bazı tedavi giderlerinin karşılanması amaçlanmıştır.

3.1.2. 1945- 1960 Yılları Arasında Refah Devleti Uygulamaları

Cumhuriyetin ilk yıllarından beri her türlü devlet kolaylığı ve himayesini görmüş olan özel girişim, pasif ve devletin endüstrileşme arzusunda etkisiz ve yetersiz kalmıştır (Talas, 1999: 495,514). Bu dönemde izlenen liberal politikaların endüstrileşme doğrultusunda başarılı olamaması (Koray, 2000: 100), Lozan Anlaşmasına göre Osmanlı borçlarının ödenmeye başlaması ve 1929 yılında patlak veren ekonomik kriz sonucunda izlenen ekonomik politikalardan vazgeçilmiştir. Böylece liberal politikalardan vazgeçilerek korumacı-devletçi politikalara yönelinmiştir. 1930'dan itibaren Cumhuriyetin kuruluşunda benimsenen devletin sadece düzenleyici olduğu ekonomi politikaları yerine, devletin ekonomide girişimci olarak yer aldığı politikalar benimsenerek uygulanmaya başlamıştır. Ayrıca sosyal güvenlik sisteminin kurulmasında Batılı ülkelere paralel gelişmeler yaşanmıştır (Boratav, 2003a: 59-62; Sallan Gül, 2004: 267).

Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi alanında ilk özgün düzenleme 1945 yılında gerçekleşmiştir. Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte bazı kanunlarla, işçilerin karşılaştıkları kimi riskler önlenmeye çalışılmışsa da ilk sosyal sigorta kanunları 1945 yılında çıkarılıp, 1946 yılında uygulamaya konulmuştur. Bu kanunlar; iş kazaları, meslek hastalıkları ve analık sigortasını içeren bir sigorta programında işçilere iş güvencesi sağlamayı amaçlamıştır. Çalışanların sosyal güvenliklerini sosyal sigortacılık anlayışı içinde yürütmek için 1945 yılında "Çalışma Bakanlığı" kurulmuştur. Ayrıca bu bakanlığın kuruluşu sırasında Keynesci refah devletinin temel ilkelerinden olan tam istihdamın sağlanması da hedeflenmiştir (Sallan Gül, 2004: 267).

Sosyal sigortacılık alanında yapılan diğer düzenlemelerden birisi de 1950 yılında 5434 sayılı kanunla Emekli Sandığı Kurumu Kanunun çıkarılması olmuştur. Söz konusu kanunla, memurların aylık ve emeklilikleri düzenlenmiştir. Yine aynı yıl

içinde yürürlüğe konulan Yaşlılık Sigorta Kanunu ile yaşlılık sigortası kolu kurulmuştur. Ayrıca 1950 yılında işçiler için hastalık sigortası kanunları hazırlanmış ve 1951 yılında uygulamaya konularak, zamanla tüm yurt çapına yayılmıştır. 1950’li yılların ikinci yarısından sonra, sosyal güvenlik alanının kapsamı genişletilmiştir. Bu bağlamda 1957 yılında sosyal güvenlik uygulamalarından olan devletçe bakılma ilkesinin bir gereği olarak 2828 sayılı kanunla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Aynı yıl yürürlüğe giren 6972 sayılı kanunla anasız, babasız ya da terk edilmiş, ihmal edilmiş, korunmaya muhtaç çocukların bakım evlerinde ya da koruyucu aile yanında bakımlarının sağlanması kararlaştırılmıştır.

3.1.3. 1960-1980 Yılları Arasında Refah Devleti Uygulamaları

Ülkemizde 1960- 1980 döneminin en belirgin özelliği; planlı ve ithal ikameci politikaların uygulamaya sokulmuştur. 1961 Anayasası ile kurulmuş olan Devlet Planlama Teşkilatı öncülüğünde, beş yıllık kalkınma planları doğrultusunda yeni bir kalkınma ve endüstrileşme hamlesine girilmiştir. 1961 Anayasası vatandaşlara geniş sosyal haklar tanımıştır. Bu sosyal haklar; ailenin korunması, mülkiyet hakkının toplum yararına düzenlenmesi, çalışma ve sözleşme özgürlüğü, ekonomik ve sosyal hayatın ve çalışma alanının düzenlenmesi, sosyal güvenlik hakkı, sağlık hakkı, öğrenimin sağlanması, çalışma hakkı, sendika ve grev hakkı vb olarak sıralanabilir. Devlet, kişiye tanınan bu hakları yerine getirmekle yükümlü tutulmuştur (Yıldırım, 1994: 48).

I.Beş Yıllık Kalkınma Planından itibaren sosyal güvenlik, sosyal sigortalar ve sosyal yardım hizmetlerinden oluşan bir sistem olarak kabul edilmiş ve alanın genişletilmesi, işsizlik sigortasının da kanunlaştırılması için gerekli önlemlerin alınması kararlaştırılmıştır. 1965 yılında değişik kanunla 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununda birleştirilmişlerdir. SSK’nın işçi ve işverenlerin ödedikleri aidatlarla finanse edilmesi esası kabul edilmiştir. Başlangıçta sadece işçilerin sosyal güvenliklerini sağlamaya yönelik olarak kurulan SSK zamanla geniş kapsamlı bir sigorta kuruluşu olmuştur. 1969 yılındaki 1186 sayılı Kanunla Cumhuriyet Senatosu üyeleri, Avukatlar da kapsama alınmıştır. Ayrıca 1972 yılında bağımsız çalışanlar da

sosyal sigorta sistemine alınmışlardır. Bağımsız çalışanların yaşlılık, sakatlık ve ölüm risklerini karşılamak üzere Bağ-Kur kurulmuştur (Sallan Gül, 2004: 271-272).

Bu dönemde evrensel bir sağlık hizmetinden çok sosyal sigorta kapsamına dahil olanlarla bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık harcamaları finanse edilmiştir. 1970'lerin sonlarında SSK, Emekli Sandığı, Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı ile bütçeden ayrılan paylarla birlikte toplam sağlık harcamalarının miktarı 50 milyon TL olmuştur. GSMH içindeki oran ise % 1 civarındadır. Kısacası sağlık alanı kamu sosyal güvenlik harcamaları içinde önemli bir yer tutmamış ve 1980'lere kadar temel bir devlet sorumluluğu olarak görülmemiştir.

3.1.4. 1980 Sonrası Dönemde Refah Devletinin Dönüşümü

1970'lerin sonlarından başlayarak Avrupa ülkelerinin birçoğunda refah devletine yönelik saldırılar artmış, sosyal devletten uzaklaşma çabalarında özelleştirmeler ve devletin küçültülmesine yönelik diğer politikalar devreye girmiştir. 24 Ocak 1980 kararları ile devlet, ithal ikameci politikalarına son vererek, dışa açık büyümeyi ve liberalizasyon politikalarını öngörmüştür. Ayrıca ihracaatı teşvik etmeye yönelirken, emeğin ucuzlatılmasını sağlayacak politikaları da gündeme getirmiştir. Açıklanan ekonomik paket; devletin küçültülmesini ve özelleştirmeleri de getirmiştir. Kısacası devlet, hem kamu hizmetlerinde kısıtlamaya giderek hem de kamu iktisadi kuruluşlarda özelleştirmeye yönelerek ücretliler lehine oynadığı sınırlı rolden de geri çekilmiştir (Koray, 2000: 112).

Yeni liberal politikalar her ne kadar 12 Eylül süreci ve 24 Ocak kararları ile başlamışsa da 1983 yılında Turgut Özal'ın seçimleri kazanıp iktidara gelmesiyle hız kazanmıştır. İlk olarak, sigorta sisteminin aşırı bürokratik yapısı hafifletilmiş, yönetim masraflarının azaltılması, prim oranlarının enflasyona endekslenmesi ve tahsil edilmesindeki güçlüklerin giderilmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla, 1983 yılında 2977 sayılı Yetki Kanunu çerçevesinde SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığında bürokratik işlemler azaltılmıştır. İkinci olarak, 1985 yılında artan enflasyona paralel olarak 3203 sayılı kanunla SSK prim tahsilatını artırma ve gecikme zamlarını günün şartlarına uygun hale getirme esasları belirlenmiştir. Son olarak da sosyal güvenlik alanında girişimci sınıfın desteklenmesi ve sigorta sistemi içindeki haklarını genişletilmesine yönelik yeni bir kanun hazırlanmıştır. 1985 yılında çıkarılan 3235

sayılı kanunla Bağ-Kur iştirakçilerine sağlık yardımlarından yararlanma hakkı tanınmıştır (Sallan Gül, 2004: 286).

Bu döneme ilişkin en önemli gelişme ise, 1991 yılında hayata geçirilen Yeşil Kart olmuştur. Türkiye’de sağlık sigorta sistemi, çalışanlara yönelik olarak geliştirildiğinden dolayı, çalışmayan veya çalışamayacak konumda olan ve sosyal güvencesi olmayan vatandaşların sağlığa yönelik ihtiyaçlarını kendi olanaklarıyla veya yakınları aracılığıyla, geleneksel yardımlaşma ilişkileri içerisinde karşıladıkları varsayılmıştır. 1991 tarihinde sağlık yardımları Fak-Fuk-Fon kapsamına dahil edilmiş; 3816 sayılı yasayla hastane ücretlerini ödeme gücü olmayan yoksulların tüm tetkik ve tedavileri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde veya bu hastanelerin sevk etmesi durumunda üniversite hastanelerinde ücretsiz olarak yapılması kararlaştırılmıştır. Sosyal güvencesiz yoksulların sağlık hizmetlerini karşılamaları amacıyla verilen Yeşil Kart kişi sayısı 1999 yılında 8.7 milyona ulaşmıştır. 2003 yılında bu sayı ise 13.266.505’e ulaşmıştır. Aslında Yeşil Kart uygulaması yeni liberal politikalar doğrultusunda sosyal güvenlik alanının dönüşümünde bireysel sağlık sigortasına geçişte bir ara uygulama olarak düşünülmüştür. Bu bağlamda vatandaşların Yeşil Kart’a gösterdiği aşırı talep aslında bir bütün olarak sağlık sisteminin gözden geçirilmesini gerektirmektedir (Sallan Gül, 2003: 56-58). Bu sebepten dolayı Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi ve 1980 sonrasında yeni liberal politikalar doğrultusunda yaşadığı dönüşüm ele alınacaktır.

3.2. 1923- 1960 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri: Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Artan Önem

3.2.1. Refik Saydam Dönemi

Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam, toplumsal bir sorun haline gelen bulaşıcı hastalıklarla mücadelede öncelik vermiştir. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vererek salgın hastalıklarla mücadele amacıyla dikey örgütlenme yapısı geliştirmiştir. Dikey örgütlenmede, tek hastalıkla savaşan örgütler söz konusu olmuştur. Sağlık Bakanlığı; sıtma, trahom, frengi ve lepra hastalıklarıyla savaşmak üzere ayrı ayrı örgütler kurmuştur. Bu yapılanma içinde koruyucu sağlık hizmetleri topluma ücretsiz olarak sunulmuştur. Bu dönemde koruyucu hizmetleri özendirmek amacıyla, koruyucu sağlık

hizmetlerinde çalışan hekimlere, tedavi edici hizmetlerde çalışan hekimlerden daha yüksek ücret verilmiştir. Koruyucu hizmetlere verilen önem, bu hizmetlerde çalışanların maaşlarına da yansımıştır. Bunun çarpıcı bir örneği olarak; bir sıtma savaş hekimine validen daha fazla, trahom savaş teşkilatı başkanına ise milletvekili ücretinden 3 kat daha fazla maaş ödenmiş olması gösterilebilir (Fişek ve Dirican: 1973).

Koruyucu hizmetlere verilen bu önemin aksine tedavi edici hizmetlerin sunumunu Sağlık Bakanlığı'nın üstlenmemiş olması, hastanecilik hizmetlerinin yerel yönetimlere bırakılmış olması, sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi prensibine aykırı olup, bu dönemin eksikliği olarak görülmektedir. Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunu hükümet tabipleri aracılığıyla gerçekleştirmeye çalışmış, ancak yetersiz kalmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri; hekim muayenahanelerinde, hastane polikliniklerinde ve dispanserlerde sürdürülmüştür (Fişek, ve Dirican: 1973). Sağlık Bakanlığı, bu dönemde açtığı birkaç "Numune Hastanesi" dışında tedavi hizmetleri alanına girmemiştir (Metin, 2003). Sağlık Bakanlığı'nın tedavi hizmetlerinde sorumluluk almaması, bu hizmetlerin sunumunda özel kesimden bir beklenti içinde olduğunu düşündürmektedir.

1923 yılında ülkemizde toplam 86 hastane bulunmaktaydı. Bu hastanelerde bulunan yatakların yarısı, Belediye ve Özel İdarelere ait hastanelerde; üçte biri özel ve yabancı azınlık hastanelerinde; kalanı ise yalnızca 3 tane olan Devlet Hastanelerinde bulunmaktaydı. Bu koşullarda, Sağlık Bakanlığı'nın yapabileceği en iyi şey, tedavi hizmetlerinden çok, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermektir.

Tablo 3: 1923 Yılında Ülkemizdeki Yataklı Tedavi Kurumları

Kurum Türü	Kurum Sayısı	Yatak Durumu	
		Sayı	Yüzde
Devlet Hastanesi	3	950	14.7
Belediye Hastanesi	6	635	9.9
Özel İdare Hastanesi	45	2450	38.1
Özel, Yabancı Azınlık Hastanesi	32	2402	37.3

Toplam	86	6437	100.0
---------------	-----------	-------------	--------------

Kaynak: SSYB, 1973:250.

Cumhuriyetin kuruluş döneminde, sağlık hizmetlerini geliştirme çabalarında karşılaşılan en büyük zorluk, bütçe yetersizliğinden çok, yeterli sayıda hekim, hemşire ve ebe bulunmaması olarak ifade edilmiştir. 1923 yılında ülkemizde 554 hekim, 530 sağlık memuru, 136 ebe, 69 hemşire, 4 eczacı bulunmaktadır (Özdemir, 2001: 259). Bu nedenle, dönemin Sağlık Bakanı, sağlık personeli yetiştirilmesine büyük önem vermiştir (Fişek, 1985: 159). 1924 yılında Tıp Fakültesi mezunlarının tümünü kapsayan mecburi hizmet yükümlülüğü konulmuş¹ ve tıp talebe yurtları açılmıştır. Tıp fakültesi yurtlarında kalarak eğitimini bitirenlere, 4 yıl Sağlık Bakanlığı'nda zorunlu hizmet kuralı getirilmiştir (Öztek, 2001: 61). Böylece, sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için yeterli sayı ve nitelikte sağlık personelinin yetiştirilmesi yolunda ilk adımlar atılmıştır (Akdur, 1976: 63). Tıp talebe yurdu, hekim gereksiniminin karşılanmasında çok etkili olmuş, hekim sayısı hızla yükselmiştir (Fişek, 1985: 160). 1930 yılında hekim sayısının 1182'ye ulaşmış olmasına karşın, bu sayı ülke ihtiyaçlarının karşılanmasında çok yetersiz kalmıştır. Bu dönemde sadece bir tıp fakültesi bulunmaktadır. Hekim yetiştirilmesi amacıyla yeni tıp fakültelerinin kurulmaması, Refik Saydam'ın en büyük eksikliği olarak değerlendirilmektedir (Fişek ve Dirican:1973).

Sağlık Bakanlığı, 1925 yılında hazırlamış olduğu ilk çalışma programında, çözümlenmesi zorunlu sağlık sorunlarını şöyle tespit etmiştir (SSYB, 1973: 38):

- Devlet sağlık örgütünü genişletmek,
- Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek,
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak,
- Sıtma, verem, trahom, frengi, kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek,
- Sağlıkla ilgili kanunlar yapmak,
- Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek,
- Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu kurmak.

¹ Mecburi hizmet yükümlülüğü, 8 Kasım 1923 tarih ve 369 sayılı Kanun ile yürürlüğe konulmuş ve bu Kanun 1932 yılında 2000 sayılı Kanun ile yürürlükten kaldırılmıştır.

Ankara’da Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulması çalışmaları, bu program sonrasında başlamış; Sivas ve Ankara’da kurulan kimyahaneler birleştirilerek Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuştur. Bakteriyoloji, immünobiyo­loji ve farmakoloji bölümlerinden oluşan Enstitü, Refik Saydam’ın çabaları ile gelişmiş ve Cumhuriyet döneminin yüz akı sayılabilecek bir sağlık kuruluşu haline gelmiştir (Gürsoy: 1720). Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü’nde 1931 yılında serum ve aşı üretimine başlanmıştır. 1933’de Simple Metodu ile kuduz aşısı, 1937’de kuduz serumu üretimine başlanmış ve 1934’de çiçek aşısı üretimi ülke ihtiyacını karşılayacak düzeye ulaşmıştır (Soyer, 2004: 78). Aşı ve serum üretimi, ihtiyacı karşılayacak düzeye ulaşmış ve böylelikle ülke dışa bağımlılıktan kurtulmuştur.

Tablo 4: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı 1923-1955.

Yıl	Devlet Bütçesi Bin TL	Bakanlık Bütçesi Bin TL	Bak.Büt.Dev.Büt.Or.%
1923	137.333	3.038	2.21
1925	183.932	4.860	2.64
1930	222.646	4.502	2.02
1935	190.011	4.820	2.54
1940	268.476	8.185	3.05
1945	603.404	18.809	3.12
1950	1.487.208	60.615	4.08
1955	2.940.727	152.463	5.18

Kaynak: SB, Sağlık İstatistikleri 2002: 22.

Bu dönemde, devlet bütçesinin 137.3 milyon TL olduğu 1923 yılında Sağlık Bakanlığı’nın bütçesi 3 milyon TL (% 2.21), 1925 yılında devlet bütçesi 183.9 milyon TL iken Sağlık Bakanlığı’nın bütçesi 4.8 milyon TL (% 2.64), 1930 yılında devlet bütçesi 222,6 milyon TL iken Sağlık Bakanlığı’nın bütçesi 4.5 milyon TL (% 2.02) olarak gerçekleşmiştir (SB, Sağlık istatistikleri 2002: 22).

1925 yılında hazırlanan çalışma programındaki hedefe uygun olarak izleyen yıllarda, sağlık hizmetlerini düzenleyen üç kanun çıkarılmıştır. Bunlardan birincisi 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı “Tababet ve Şua batı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, ikincisi 1930 yılında kabul edilen 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, üçüncüsü ise 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu’dur. Bu kanunlardan ilk ikisi günümüzde de geçerli olup, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu ise yeni bir teşkilatlanmaya gidilmesi nedeniyle 1983 yılında yürürlükten kaldırılmıştır.²

1219 sayılı Kanunda; tabipler, diş tabipleri ve dişçiler, ebeler, sünnetçiler, hastabakıcı, hemşirelerin mesleklerini icra etmelerine ilişkin hükümler yer almaktadır. Bu kanunla “tababet sanatı” ifadesi kullanılmış ve hekimlik mesleğine ayrıcalıklı bir konum verilmiştir. Hekimlere resmi görevlerinin yanında, evinde veya muayenehanesinde hasta bakabilme hakkı tanınmış, bu şekilde hekimlerin resmi görevlere kayıtsız kalması önlenmeye çalışılmıştır. Bunun yanında gerekli eğitimi ve Sağlık Bakanlığı’nın iznini almadan tababet ve dallarında faaliyet gösteren kişilere ilişkin ceza hükümleri getirilmiştir.

Halen yürürlükte olan ve sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde esas kabul edilen, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 1. Maddesinde;

Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi Devlet hizmetlerindendir.

ifadesiyle sağlık ve sosyal yardım hizmetleri asli devlet görevlerinden biri olarak kabul edilmiştir. Aynı kanunun 2. Maddesiyle de, bu devlet hizmetinin yürütülmesinde ve Milli Savunma Bakanlığı dışındaki bütün diğer kurumlar tarafından yürütülen sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinin denetlenmesinde “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na yetki verilmiştir. Bu yasaya göre Sağlık Bakanlığı’nın görevleri;

- Doğumu artıracak ve çocuk ölümlerini azaltacak önlemleri almak,
- Doğum öncesi ve doğum sonrası anne sağlığını korumak,

² Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, tarih: 13.12.1983, sayı: 181, madde: 48 14.12.1983 tarihli ve 18251 sayılı Resmi Gazete.

- Bulaşıcı ve salgın hastalıkların ülkeye girmesini engellemek,
- Yurtiçinde her türlü bulaşıcı ve salgın hastalıklarla ve çok miktarda ölüme sebep olan diğer zararlı etkenlerle mücadele,
- Hekimlik ve diğer sağlık mesleklerinin uygulanmasına nezaret etmek,
- Gıdalar ile ilaçlar ve bütün zehirli etkili ve uyuşturucu maddelerle, yalnız hayvanlar için kullanılanlar hariç, her türlü serum ve aşıları denetlemek,
- Çocukluk ve gençlik sağlığına ilişkin işlerle, çocukluk ve gençlik sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik tesisleri denetlemek,
- Okul sağlığı hizmetleri,
- Çalışma ve meslek sağlığını koruma işleri,
- Maden suları ve benzerlerine nezaret,
- Hıfzıssıhha kuruluşları ve bakteriyoloji laboratuvarları ve hayati muayene ve tahlillere mahsus kuruluşları kurmak ve idare etmek,
- Mesleki öğretim kurumlarını kurmak, idare etmek ve dengi kurumları denetlemek,
- Akıl hastaları ve diğer ruh hastalıklarını tedavi için hastaneler ile malul ve özürlü kişileri kabul edecek yurt ve benzeri müesseseleri kurmak ve idare etmek,
- Göçmenlerin sağlık işleri,
- Hapishanelerin sağlık koşullarına nezaret etmek,
- Tıbbi istatistikleri düzenlemek,
- Sağlık yayın ve propaganda işleri,
- Ulaşım araçlarının sağlıklı olmasına nezaret etmek şeklinde sıralanmıştır.

Bu kanunla Sağlık Bakanlığı'na verilen genel sağlığı koruyucu önlemlerin yanında tedavi hizmetlerinin yürütülmesi belediyelere, özel idarelere ve diğer yerel yönetimlere verilmiştir (madde 4). Bu düzenlemede Bakanlık, yerel yönetimlere rehber olmak üzere bazı yerlere numune tesisler kurmakla yükümlü tutulmuştur. Refik Saydam döneminde Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı numune hastaneler kurmakla yetinilmiş, belediye ve özel idareler hastane açmak için teşvik edilmiştir (Fişek, 1985: 159). Hükümet tabipliği ve sağlık müdürlüğü sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde temel birimler olarak kabul edilmiş; bunun yanında sıtma, frengi, trahom gibi önemli sorunların kısa zamanda

çözümlemesi için sağlık müdürüne bağlı olmayan ve kısmen genel idare dışında örgütler kurulmuştur (Fişek, 1985: 160).

Bir anlamda bulaşıcı hastalıklarla mücadele amacıyla dikey örgütlenme yöntemi tercih edilmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinde öncelik, savaş yıllarında bozulan halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve çok sayıda ölüme yol açan bulaşıcı hastalıkların önlenmesine verilmiştir. 309 maddelik Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 130 maddesi bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye ayrılmış ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele yolları belirlenerek, bu hastalıklarla ilgili ihbar zorunluluğu getirilmiştir (Mazgit, 1998: 154).

Tedavi hizmetlerindeki yetersizlik sonucu Sağlık Bakanlığı "Muayene ve Tedavi Evi" kurumlarını (5-10 yataklı) 1936'da 20 ilçe merkezinde açarak, bu hizmetlerin sunumunu üstlenmeye başlamıştır (Soyer, 2004: 78). Sağlık hizmetlerinin kırsal kesime ulaştırılabilmesi amacıyla, "seyyar tabiplik" uygulaması başlatılmıştır. Devlet tarafından atanan, olanakları il özel idarelerince sağlanan, bir ayın 20 günü köy ziyaretleri yapmakla yükümlü olan, köyde ayaktan tedavi yapan ve ilaçları ücretsiz dağıtan bu hekimler birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda önemli işlevler görmüştür (Soyer, 2004: 79).

3.2.2. Behçet Uz Dönemi: Tedavi Edici Hizmetlerin Merkezden Yönetilmesi

İkinci Dünya Savaşı döneminde, Türkiye'nin savaşa girmemesine rağmen ülkedeki sağlık düzeyi gerilemiştir. Savaş yıllarının getirdiği ekonomik sıkıntılar, hastalıklarla mücadelede kullanılan ilaçların, araç ve gereçlerin ithalatını güçleştirmiş; sıtma başta olmak üzere tifüs, çiçek gibi hastalıklar büyük salgınlar yapmıştır. 1942-1944 yılları arasında yaşanan çiçek hastalığı salgınında 6 bini aşkın çiçek vakası tespit edilmiş ve hastalığa yakalananlardan 678'i ölmüştür. 1942 ve 1943 yıllarında sıtma vakasının artması sonucunda, sıtma ölüm oranı % 32'ye çıkmıştır. Ayrıca tüberkülozdan ölümler, toplam ölümler içinde % 13.5'e ulaşmıştır (Soyer, 2004: 84-85; Fişek, 1985: 161). 2. Dünya Savaşı sürecinde oluşan; sıtma, çiçek, frengi vb hastalıkların salgınları ile mücadeleyi temel alan "Olağanüstü sıtma Savaş Kanunu" çıkarılmış, hastalıklara özgü hastalık merkezli dikey örgütlenmelere, Ana- Çocuk Sağlığı hizmetleri de eklenerek 1952 yılında AÇS Merkezleri hizmete

sokulmuş ve dikey yapılanmalar daha da yaygınlaştırılmıştır (SB,2003:6; Öztekin, 2001: 62).

Bu koşullar altında, sağlık hizmetlerinin rasyonel ve planlı bir şekilde uygulanması için çalışmalar hızlandırılmış ve 1946 Kasım ayında toplanan Yüksek Sağlık Şurası'nda dönemin Sağlık Bakanı Dr.Behçet Uz'un önderliğinde hazırlanan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" onaylanmıştır. Bu planın hedefleri şunlardır (SSYB, 1973: 43):

- İleri ülkelerin öncelikle ele aldıkları koruyucu sağlık hizmetleri için gerekli örgütü kurmak ve geliştirmek,
- Köylük bölgeleri sağlık örgütüne kavuşturmak,
- Mevcut sağlık personelinin ve yenilerini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek,
- Mevcut hastaneleri ve diğer sağlık müesseselerini ilmin ve zamanın yeni icaplarına uygun hale getirmek,
- Bütün illerimizi içine almak üzere yurdumuzun lüzumlu bölgelerinde personel ve örgüt bakımından tam sağlık tesisleri kurmak,
- Bu işlerin en verimli bir tarzda gerçekleştirmek için de Milli Sağlık Bankası veya Milli Sağlık Sigortası Kurumu ve Sağlık Sandıkları kurmak.

İzleyen yıllarda Birinci On Yıllık Sağlık Planı'nın hedeflerine uygun şekilde sağlık hizmetini köylere kadar götürebilmek için sağlık merkezleri kurulması yoluna gidilmiş ve her 40 köy için (yaklaşık olarak 20.000 nüfusa) bir sağlık merkezi kurulması kararlaştırılmıştır. Her sağlık merkezinde, acil vakalar için 10 hasta yatağı, iki hekim ve tedavi hizmetleri ile koruyucu hizmetleri birlikte yürütebilmek için 11 sağlık personeli bulunması planlanmıştır. Bu örgütlenme modelinde, Ankara Etimesgut'ta geliştirilen Kırsal Bölge Sağlık Merkezi'nden esinlenilmiştir (Fişek, 1991:3).

Birinci On Yıllık Sağlık Planı'nda, modern sağlık yönetiminin temel prensiplerinden olan tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin aynı örgüte verilmesi ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulması kabul edilmiştir (Fişek,1985: 162). Bu planın diğer önemli bir noktası ise "Milli Sağlık Bankası" veya " Milli Sağlık Sigortası Kurumu" kurulması hedefinden söz etmesidir.

Sağlık hizmetleriyle ilgili diğer önemli bir olay ise 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumunun kurulmasıdır. Bu kanunla; kurum, sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisi almıştır. Bu hüküm, 1952 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Sigortalı işçilere sağlık hizmeti verilmeye başlanması büyük bir atılım olmakla birlikte, sadece sigortalıya yapılan sağlık hizmetini finanse eden bir kurum olması gereken SSK'nın sağlık teşkilatı ve hastaneler kurulmasına müsaade edilmesi hatalı bir hareket olmuştur (Fişek, 1985: 161-162).

3.2.3. Demokrat Parti Dönemi

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, dünya ekonomisinde yaşanan genişleme ve hızlı kalkınma süreci, Türkiye'yi de etkisi altına almış; toplumun beklentileri yükselmiş ve buna bağlı olarak, halkın sağlık hizmeti taleplerinde de artış olmuştur. Türkiye'de çok partili siyasi yaşama geçildiği bu dönemde, her alanda yaşanan hareketlilik, sağlık sektörüne de yansımış ve yerel yönetimler tarafından sunulan tedavi hizmetleri, halkın artan sağlık hizmetleri taleplerini karşılayamaz olmuştur (Mazgit, 1998: 159).

Demokrat Parti Hükümeti dönemi, sağlık politikalarında dönüm noktası olmuştur. 1950-1960 yılları arasında, daha önce Refik Saydam tarafından konulan ilkeden vazgeçilerek, yataklı tedavi hizmetlerinin de Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu altında olduğu ilkesi benimsenmiş ve Bakanlık, il ve bazı ilçelerde devlet hastaneleri açmaya başlamıştır. Bu arada belediye hastaneleri 1953 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (Öztek, 2001: 62). Bu uygulama, tedavi edici sağlık hizmetlerinde standartların yükselmesine, her ilde göreceli olarak eşit olanak sağlanmasına, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesine fırsat vermesi bakımından yerinde bir karar olmuştur (Fişek, 1985: 163). Ancak bu kararla, koruyucu sağlık hizmetleri Bakanlık düzeyinde ikinci planda kalmıştır. Bölgesel örgüt yapılanmaları bu dönemde oluşturulmaya başlanmıştır. Bölge numune hastaneleri, doğum, çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin kurulması da bu dönemde olmuştur (SB, 2003: 6).

Bu dönemde hızlanan teknolojik gelişme, sağlık kurumlarının donanımına yepyeni araçlar katmış, hizmetin kalitesi yükselirken maliyeti de artmıştır. Öte

yandan, ulaşım olanakların artması ve hızlı kentleşme sonucunda, hızla artan sağlık hizmeti talebinin karşılanamaması yeni sorunlara yol açmıştır. Bakanlık, yeni sağlık kurumları açmak bir yana mevcutlara bile yeterli sağlık personeli bulamaz hale gelmiş, personel yetersizliği olan bölge ve kurumlarda hizmeti çekici kılacak olanaklar sağlayamamıştır (Gürsoy: 1721). Sağlık personeli yetiştirmek için gerekli çalışmaların yeterli düzeyde yapılamaması, hasta bakım hizmetinin gelişmesini de engellemiştir (Fişek, 1985: 163). Böylece kamu sağlık kuruluşları tarafından arz edilen sağlık hizmeti, artan talebi karşılayamaz hale gelmiştir. Karşılanamayan sağlık hizmeti talebinin yükselmesi ve bunun yanında hekimler için kamu sağlık hizmetinin çekiciliğinin azalmasıyla etkisiyle özellikle büyük şehirlerde, muayenehane sayısı oldukça hızlı bir şekilde artmıştır.

Tablo 5: Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları 1923-1955

Yıl	Kurum Sayısı	Hasta Yatağı Sayısı	Bir Yatağa Düşen Nüfus	10.000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı
1923	86	6437	1920	5.1
1925	167	9561	1360	7.3
1930	182	11398	1260	7.8
1935	176	13038	1240	7.0
1940	198	14383	1240	8.0
1945	197	16133	1160	8.5
1950	301	18837	1100	9.0
1955	426	34526	690	14.4

Kaynak: SB, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 2001

Cumhuriyetin başından beri genel politika ya da resmi politikaya hâkim olan görüş, sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu olması ise de alttan alta bu hizmetlerin özel sektör aracılığıyla götürülmesi görüşü var olmuştur. Bu durum

ikircikli bir yapıya neden olmuştur, bir yandan kamu eliyle sunulan sağlık hizmetleri olabildiğince güçlendirmek ve yaygınlaştırılmak istenirken öte yandan da özel kuruluşların gelişmesi için büyük çaba harcanmıştır. Sağlık politikaları alanında var olan bu zıt yapı, 1952'den sonra daha belirgin hale gelmiş, özellikle hükümetler düzeyinde hizmetlerin özel sektör ve kuruluşlarına devredilmesi anlayışı hâkim görüş haline gelmeye başlamıştır (Akdur, 1998: 1988).

1950'li yıllarda yaşanan hızlı uzmanlaşma, özel muayenehanelerin artmasının bir diğer nedenidir. Kırsal alandan bu muayenehanelere ve devlet hastanelerine, çoğunlukla da ikisinin hoş olmayan bileşimine hasta akışı artmıştır. Bunun temel nedeni, halkın yüzde altmışından fazlasının yaşadığı kırsal kesimde koruyucu hizmetlerin hiç olmayışı ve ağırlıklı olarak iyileştirici sağlık hizmetlerini amaçlayan Sağlık Merkezi örgütlenmesinin fonksiyonel kılınamamasıydı (Aksakoğlu, 1994: 52).

3.3. 1960- 1980 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri: Sosyalleştirme Programı

1960 yılı, Türkiye için birçok alanda önemli bir dönüm noktası niteliğini taşımaktadır. 27 Mayıs Harekâtı ile Demokrat Parti iktidarı sona ermiş; siyasi, ekonomik ve sosyal anlamda ülkenin yeniden dönüşümü sağlanmaya çalışılmıştır. Bu dönüşüm çabaları, sağlık alanında da etkili olmuştur.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda 10 Aralık 1948'de; Türkiye tarafından ise 6 Nisan 1949'da kabul edilmesine karşın 1960'lı yıllara kadar bu bildirinin birçok maddesi gibi 25. Maddesi de göz ardı edilmiştir. Bu maddede değinilen “ her şahsın... sağlığını ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine ... hakkı vardır. Analık ve çocukluk, özel bir özen ve yardım görmek hakkına sahiptir” gibi hususların gerçekleştirilmesi için etkin önlemler alınmamıştır (Dirican, 1990: 49). 1960'da başlayan dönüşüm, bu önlemlerin alınmasına olanak sağlamış ve sosyal devlet anlayışı Türkiye'ye de yansımış ve devletin temel insan haklarının korunup geliştirilmesi görevi Anayasa güvencesine alınmıştır.

1961 Anayasası 49. Maddesinde yer alan “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul ya da dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı

tedbirleri alır” ifadeyle devlet, sağlığı temel bir insani hak olarak tanımlamış ve bu hizmetin vatandaşlara sunumunda kendisini dönemin sosyal devlet anlayışına uygun olarak sorumlu kılmıştır. 1961 Anayasası geniş bir sosyal haklar katalogu getirmiştir. Bu sosyal haklar; ailenin korunması, mülkiyet hakkının toplum yararına düzenlenmesi, çalışma ve sözleşme özgürlüğü, ekonomik ve sosyal hayatın ve çalışma alanının düzenlenmesi, sosyal güvenlik hakkı, sağlık hakkı, öğrenimin sağlanması, çalışma hakkı, sendika ve grev hakkı vb.dir. Devlet, kişiye tanınan bu hakları yerine getirmekle yükümlüdür (Yıldırım, 1994: 48).

Bu dönemde sosyal güvenlik sistemi yaygınlaşmaya başlamıştır. Ayrıca eğitim ve sağlığın ve pek çok kamu hizmetinin ayırım yapılmadan parasız sunulması da bu dönemde gerçekleşmeye başlamıştır (Boratav, 2003b: 58). Ancak bu dönemde Türkiye’deki Keynesyen refah devleti uygulamalarını Batı Avrupa ülkeleri ve özellikle İskandinav örnekleriyle karşılaştırıldığında son derece zayıf kaldığı görülmektedir (Özbek, 2002: 21).

27 Mayıs 1960’da iktidarı ele alan askeri yönetim, sağlık alanında teşkilatın yeniden yapılanması, milli ilaç endüstri, tıp araç ve gereçleri endüstrisinin kurulması, yeterli sağlık personelinin yetiştirilmesi gibi halk yararına olduğu düşünölen bazı hizmetleri hayata geçirmek ve o zaman kullandıkları bir terim ile sağlık hizmetlerini devletleştirmek istemektedir (Aydın, 2004: 77). Bu ortamda 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ve bu yasaya dayandırılarak uygulanan Sosyalleştirme Programı 1961 yılında yürürlüğe girmiştir. 224 sayılı Kanun ile sağlık hizmetlerinin ülkenin her alanına götürölmesi amaçlanmış ve 1980’e kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir.

1960 sonrası planlı döneme geçilmiş ve Beş Yıllık Kalkınma Planları bu tarihten itibaren sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli unsurlardan biri haline gelmiştir. I.Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda da sosyalleştirme politikalarını esas alan programlar oluşturulmuştur (SDP, 2003: 7). I.Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda sağlıkla ilgili hedefler; halk sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı aracılığıyla planlanacak, sağlık personelinin eşit olarak dağılımı sağlanacak, topluma yönelik sağlık hizmetleri desteklenecek, ulusal ilaç endüstrisi ve özel hastanelerin kurulması

desteklenecek, sağlık sigortası kurulacak, her 7000 nüfusa bir sağlık evi ve her 50.000 nüfusa bir sağlık ocağı kurulacağı şeklinde belirlenmiştir (Savaş,2001: 92).

224 sayılı yasa, geniş kapsamlı bir sağlık tanımına dayanmakta ve koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegre bir biçimde ülkede yaygınlaştırılmasını hedeflemiştir. Bu hedefin gerçekleşmesi için ;

Sağlık Evi	→	Sağlık Ocağı	→	Sağlık Merkezi	→	Hastane
------------	---	--------------	---	----------------	---	---------

Zinciri şeklinde bir örgüt modeli öngörülmüştür. Kanun metnine göre, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin temel ilkeleri şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık hizmetlerinden faydalanmak, insan haklarından biridir (m.1).
- Sağlık hizmeti ülkenin her yerine eşit olarak ve nüfus esasına göre götürülecektir (m.2).
- Sosyalleştirmenin yapıldığı bölgelerde vatandaşlar, kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına katılmak suretiyle eşit şekilde yararlanacaklardır (m.2). Kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmetinden yararlanmak istemeyen vatandaşlar ise ücretini ödemek koşuluyla istediği sağlık kurumunda muayene ve tedavi olabileceklerdir (m.5). Böylece hastaların, hekim ve sağlık kurumu seçme özgürlüğü kabul edilmektedir.
- Kamu kesiminde çalışan sağlık personeli, serbest çalışmayacak (m.3); kamu kesiminde çalışmayanlar ise serbest çalışmaya devam edebileceklerdir (m.4). Böylece sağlık personelinin çalışma koşullarını seçme hakkı kabul edilmekte ve bir anlamda, sosyalleştirmede görev alınması gönüllü hale getirilmektedir.
- Sosyalleştirmenin yapıldığı yerlerde, Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı kurumlar hariç, kamu kesimine ait bütün sağlık kurumlarının hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecektir (m.8). Bu hükümle, kamu sağlık kurumlarında yönetim birliği sağlanması amaçlanmaktadır.
- Sağlık ocaklarında hizmet, ekip anlayışıyla sunulacaktır (m.10).
- Sağlık evleri ve sağlık ocakları koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada yürütecekler ve ayrıca, sağlık sicillerini tutacaklardır (m.10). Böylece sağlık hizmetlerinin entegrasyonu sağlanacaktır.

- Hastanelerdeki sağlık personeli, sağlık ocağı ve sağlık merkezlerindeki sağlık personelinin (m.12); sağlık merkezindeki sağlık personeli de sağlık ocağındaki sağlık personelinin mesleki gelişimine yardımcı olacaklardır (m.11). Böylece sağlık personelinin sürekli eğitimi sağlanacaktır.
- Acil vakalar dışında, Kanun'un getirdiği haklardan yararlanmak isteyenler, sevk zincirine uygun bir şekilde, gereken kurumlara havale edileceklerdir (m.13). Sevk zincirinin kurulmasıyla yerinde tedavisi mümkün olan hastaların, büyük merkezlerdeki sağlık kurumlarına yığılması önlenecektir.
- Bazı zel durumlar dışında, sevk zincirine uygun olarak sağlık kurumuna başvuran kişilerin muayene ve tedavileri ile tedavi için gerekli olan ve her yıl Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek ilaçlar ücretsiz temin edilecektir (m.14).
- lke düzeyinde temsilcilerin katılımıyla, bir Genel Kurul; halkın ve sağlık personelinin katılımıyla sağlık ocakları, sağlık merkezleri ve iller düzeyinde Sağlık Kurulları kurulacaktır (m.22). Böylece sağlık yöneticileri ile halk arasında bilgi alış-verişi gerçekleştirilecek ve sağlık hizmetlerine toplum katılımı sağlanacaktır. Toplum katılımı, giderek toplumsal kalkınma hareketine dönüşebilecek stratejik önemde bir oluşum olarak önerilmiştir.

Görüldüğü gibi 224 sayılı Kanun, Türkiye sağlık sektöründe çok önemli bir değişimi başlatmak, bir anlamda sağlık sektörünü yeniden yapılandırma amacını taşımıştır. 224 sayılı Kanun genel özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Fişek, 1991: 3-4, Dirican ve Bilgel, 1993: 548-552):

- a) Sağlık hizmetlerinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır.
- b) Hastalar devlet bütçesinden ayrılan denek karşılığı sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafların bir kısmına iştirak etmek suretiyle yararlanacaktır.
- c) Hastalar, ücretini ödemek koşuluyla tedavi için istedikleri hekimi ya da sağlık kurumunu seçmekte zgrdrlr.
- d) Hekimler kamu veya serbest olarak mesleklerini uygulamada zgrdrlr. Ancak kamuda görev alan bir hekim, özel olarak hekimlik yapamaz.

- e) Hekimler ve diğer sağlık personeli kamu kesiminde sözleşmeli olarak çalışacaktır. Sözleşme süresi üç yıldır. Bu sürede hekim atandığı görevde çalışır; sözleşmeli personelin emeklilik, kıdem ve terfi hakları saklıdır.
- f) Sözleşme ile çalışan sağlık personeline ödenecek ücret, bu meslek mensuplarından serbest çalışanların kazançları düzeyinde olacaktır.
- g) Kamu sektöründe çalışan sağlık personeline yansız ve adaletli bir atama, yer değiştirme ve yükseltme yöntemi uygulanacaktır.
- h) Köy ve kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacak ve bu ocaklar hastanelerle işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürütecektir. Hizmetin temel birimleri olan sağlık ocakları, kırsal alanda 5-10 bin nüfusa, kentsel alanlarda her 50 bin nüfusa hizmet vermek üzere kurulacaktır. Ocaklarda, sorumlu olunan nüfusa sağlık insan gücü sayısına bağlı olarak değişen sayıda sağlık personeli (hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, tıbbi sekreter, şoför, hizmetli ve duruma göre diş hekimi, eczacı, çevre sağlık teknisyeni, laboratuvar teknisyeni vb.) görevlendirilir. Ayrıca sağlık ocaklarına bağlı olarak her 2500- 3000 nüfus için bir sağlık evi kurulacak ve sağlık evlerinde sadece bir ebe hizmet sunacaktır.
- i) Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olanlar dışında, sağlık hizmetleri tek elde toplanacaktır.
- j) Sağlık teşkilatı il içinde bir bütündür. Nüfusu ortalama 50-100 bin olan bölgelerde, genellikle her ilçenin idari sınırları içinde kalan 5-10 sağlık ocağının bağlı olduğu bir "Sağlık Grup Başkanlığı" ve nüfusu ortalama 200-500 bin olan bölgelerde, genellikle her ilin idari sınırları içinde kalan 20-50 sağlık ocağının bağlı bulunduğu "İl Sağlık Müdürlükleri" oluşturulacaktır. Sağlık müdürü valiye karşı sorumlu olarak Sağlık Bakanlığı'nın saptadığı kanunlara göre hizmet yürüten amir statüsündedir.
- k) Bir bölgede sağlık hizmetinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gerekli tesisler, lojmanlar, malzeme, araç ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı uygulanamaz.
- l) Personel ve finansman sıkıntısı nedeniyle Kanun'un tüm ülkede uygulanması, aşamalı olarak 15 yılda (1976'ya kadar) tamamlanacaktır.

- m) Sağlık örgütü ile halk arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi için örgütün her kademesinde, halkın da katılacağı kurullar kurulacaktır.
- n) Yabancı uyruklular sağlık hizmetlerinden ücret ödeyerek yararlanacaklardır.
- o) Hekimler için de olmak koşuluyla tüm personelin hizmet içi sürekli eğitimi planlanmıştır.
- p) Herkesin sağlık durumunu sürekli izleyebilmek için kişilerin sağlık fişleri tutulacaktır.
- q) Özel sağlık hizmeti gerektiren yerler (işyerleri, maden ocakları vb gibi) için ayrı sağlık birimleri kurulmuştur.
- r) Sağlık personelinin hizmetinin gereksiz yere kullanılmaması ve ilaç tüketiminin gereksiz yere artmaması için önlemler alınacak ve tedavi hizmetine disiplin getirilecektir.
- s) Bu kanunun tıp fakültelerinde uygulanması, fakülteler yönetimlerinin kararına bırakılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin ilkelerini temelden değiştiren 224 sayılı Kanunla nüfusa dayalı, yaygın, sürekli, entegre, katılımlı, kademeli (sağlık evleri- sağlık ocakları- il ve ilçe hastaneleri), sosyal adalet ve eşitlik ilkelerine dayalı bir anlayışla köydeki vatandaşın ayağına kadar sağlık hizmeti götüren bir yapılanmaya gidilmiştir (Keskin, 2002: 8-9). 1962 yılında kabul edilen, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık alanında, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un ilkeleri esas kabul edilmiştir. İ.BYKP'ye göre; koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilecek, kamu sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesine çalışılacak, toplum hekimliği eğitime önem verilecek, sağlık personelinin ülke düzeyinde dengeli dağılımı sağlanacaktır. Ayrıca özel sektör hastane kurmaya teşvik edilecek, yerli ilaç sanayi teşvik edilecek, hastanelerin döner sermayeli kuruluşlar haline gelmesinin araştırılması sağlanacak ve sağlık sigortasının kurulması için gerekli adımların atılmasına çalışılacaktır (Kerman, 1999: 22-23).

Pilot il olarak seçilen Muş'ta 1 Ağustos 1963 tarihinden itibaren 19 sağlık ocağı ve 35 sağlık evi kurularak Kanun'un uygulanmasına başlanmıştır. Bu uygulamanın Beş Yıllık Kalkınma Planları çerçevesinde 1984 yılına kadar tüm illeri kapsaması hedeflenmiştir. Ancak 1969 yılında çıkarılan 1175 sayılı Kanunla hedeflenen 15 yıllık süre 7 yıl daha uzatılarak 22 yıla çıkarılmıştır. Sosyalleştirmenin

en yoğun olarak uygulandığı 1963-1971 yılları arasında 67 ilden 25'i sosyalleştirilmiştir. Sosyalleştirme kapsamındaki il sayısı 1964'de 6 (Muş'a ek olarak Ağrı, Bitlis, Hakkari, Kars, Van), 1965 ve 1966'da 12 (ilk 6 ile ek olarak Diyarbakır, Erzincan, Erzurum, Mardin, Siirt, Urfa), 1967'de 17 (daha önceki 12 ile ek olarak Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Malatya, Tunceli)'dir. Böylece 1967 sonuna kadar doğu illerinin sosyalleştirilmesi tamamlanmıştır. Sosyalleştirilmiş il sayısı 1968'de 22, 1969'da 24 ve 1970 yılında da 25 olmuştur (TTB, 2001: 28-33).

Tablo 6: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Sağlık Evi Sayısı

Yıl	Sosyalize İl Sayısı	Eğitim Bölgesi	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi
1963	1	0	19	37
1965	12	1	416	970
1970	25	3	851	2231
1975	26	4	995	3243
1980	45	12	1467	5776

Kaynak: SB, Sağlık İstatistiği 2001: 63

1960'lı yıllara gelindiğinde ülkemizde hâkim olmaya başlayan anlayışa göre sağlık hizmetlerinin yetersiz kalmasının en büyük nedeni, hekimlerin serbest çalışabilme hakkına sahip olmasıdır; hem devlet görevinde hem de serbest çalışan hekimden yeterli ölçüde yararlanılamamaktadır. Ayrıca o dönemdeki mevcut sayılarla ülkemizde hekim yetersizliğinden çok, dağılım dengesizliği sağlık hizmetlerinin başta gelen sorunlarından biri olarak görülmektedir (Aydın, 2004: 77). Bu nedenle “Tam Gün Yasası” çıkarılarak hekimlerin kamu ve özel kurumlarda birlikte çalışmasının önüne geçilmiştir.

1960'lı yıllarda 224 sayılı Kanun ile mahrumiyet bölgelerinde, kırsal kesimde en uç noktalara kadar sağlık hizmetleri ulaştırılmış, özellikle koruyucu hizmetler verilmeye başlanmıştır. Kırsal kesim sağlık personeli tanışmıştır. Aşılama

yaygınlaştırılmış, kızamık, çiçek, difteri, tetanoz, tüberküloz, çocuk felci tifo gibi hastalıklar çocukların kaderi olmaktan çıkmıştır (Taşkın, 2001: 244).

Sosyalleştirme programı çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlıklı olarak önem verilmiş, kırsal kesime sağlık hizmetlerinin ulaştırılması için sağlık ocakları sistemi benimsenmiş ve devletin sağlık hizmetlerindeki sorumlulukları arttırılmıştır. Yıllarca sözü edilecek olan Genel Sağlık Sigortası kavramı TBMM gündemine bu dönemde girmiştir. İlk olarak Genel Sağlık Sigortası yasa taslağı 1967 yılında hazırlanmış, ancak Bakanlar Kurulu'na sevk edilememiştir. II. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortası kurulması öngörülmüş, 1971 yılında Genel Sağlık Sigortası tasarısı TBMM'ye sunulmuş, ancak kabul edilmemiştir. 1974 yılında ise TBMM'ye yeniden sunulmuş, ancak görüşülememiştir (SB, 2003: 7).

Sosyalleştirmeye pilot il olarak seçilen Muş ilinde, 1 Ağustos 1963 tarihinde 19 sağlık ocağı ve 35 sağlık evi ile başlanmıştır (SSYB: 1973: 236). Sosyalleştirmenin geri kalmış bölgelerden başlaması, sosyalleştirme için gerekli altyapının hazırlanmasındaki güçlük nedeniyle başarısızlığın nedenlerinden biri olarak değerlendirilirken (Akdur, 1976: 69), buralarda mevcut sağlık örgütlenmesinin olmayışı ve bölge halkının acil gereksinimleri nedeniyle doğru bir karar olarak da değerlendirilmekte ve bu bölgelerdeki örgütlenmenin sosyalizasyon ilkelerine göre sıfırdan başlamasının modelin tümelci yaklaşımına uygun olduğu belirtilmektedir (Aksakoğlu, 1994: 53).

Sosyalleştirme Programında istenilen başarıya ulaşılamamasının nedenleri şu şekilde sıralanabilir (Kerman, 1999: 82-83, Fişek,1991: 4):

- İlk yıllardakinin aksine daha sonraki yıllarda sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin gereğine inanmayan bazı Sağlık Bakanları ve üst düzey yöneticilerle birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini anlamayan hükümetlerin görev yapması (örn; sağlık ocakları, hastane ve sağlık merkezleri yanında niteliksiz hizmet veren kurumlar olarak kalmışlar, uzun yıllar sağlık ocaklarının çoğuna hekim atanmamıştır)
- Sağlık ocakları ile hastaneler arasında gerekli işbirliği kurulamamış olması,

- Sosyalleştirmeye uygun sağlık personelinin yetişmesinde, atanmasında ve çalıştırılmasındaki yetersizlikler (örn; hastane ve sağlık ocaklarına yeteri kadar hekim atanmamıştır)
- Hekim ve diğer sağlık personelinin fakülte ve okullarda hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilmemiş olması,
- Hizmet için verilmesi kanun gereği olan ödeneklerin hiçbir zaman yeteri düzeyde verilmemiş olması dolayısıyla daima araç, gereç ve ilaç sıkıntısı çekilmesi,
- Sağlık yönetimi ve denetleme ilkesinin yerleşmemesi (örn; Bakanlık ve il düzeyinde yönetim yetersiz kalmış, sağlık ocaklarını denetleyecek sağlık grup başkanlıkları çoğu yerde kurulamamış, kurulsa da etkili olamamıştır.)
- 1965 yılında kabul edilen Devlet Personel Kanunu ile hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sözleşmeyle çalıştırılması ilkesinin yürürlükten kaldırılmasıyla tam süre çalışma ilkesinin uygulanamamış olması,
- Sağlık teşkilatının il içinde bir bütün olarak yönetileceği ilkesine önem verilmemiş, genel yönetim içinde görülmüş olması ve sonunda da ilçelerde sağlık personelinin kaymakam emrine verilmiş olması.

224 sayılı Kanun gereği kırsal bölgelerde hizmete ağırlık verildiği için kentsel bölgelerdeki hizmet sunumunda aksaklıklar yaşanması ve Kanun'un 17.maddesinin ruhuna aykırı hareket edilerek, bir ilde alt yapı, ekipman ve personel eksiklikleri tamamlanmadan sosyalleştirilme yapılmaya çalışılması ve o ilde işlemin yarım bırakılarak başka ilin sosyalleştirilmesine geçilmesi, eleştirilen noktalar olmuştur (Keskin, 2002: 115).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine geri kalmış bölgelerden başlanmasının ve başlangıç dönemindeki heyecanın etkisiyle, 1968 yılında kadar program hızlı bir tempo ile yürütülmüştür. Bu yıldan sonra sosyalleştirmenin hızı düşmeye başlamıştır. Sosyalleştirmenin ilk beş yılın sonunda, yani 1968 sonu itibariyle, 22 ilin sosyalleştirme kapsamına alınmasına karşılık 1973 yılı sonuna kadar bu sayı ancak 25'e çıkarılabiliştir (SSYB, 1973: 241). İlk beş yıl sonrasında sosyalleştirme bölgesinde özellikle hekim ve hemşire istihdamında karşılaşılan sorunlar çözülmediğinden programın yavaşlatıldığı ifade edilmiştir (DPT, 3BYKP: 91).

Tablo 7: Sağlık Ocakları Personel Durumu (1963-1973).

Yıl	İl Sayısı	Hekim			Sağlık Memuru			Hemşire			Ebe		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1963	1	20	18	90	20	18	90	20	13	65	60	54	90
1964	6	179	143	80	174	207	119	173	50	29	508	309	61
1965	12	486	276	57	401	399	100	459	142	31	1346	622	46
1966	12	486	284	58	461	468	102	459	129	28	1346	746	55
1967	17	635	315	50	603	597	99	599	179	30	1755	1146	65
1968	22	832	324	39	801	739	92	787	185	24	2309	1547	67
1969	24	902	342	38	871	929	107	857	235	27	2512	2062	82
1970	25	946	331	35	914	910	100	892	194	22	2893	2515	87
1971	25	946	309	33	914	915	100	892	239	27	2893	2439	84
1972	25	946	283	30	914	1488	163	892	256	29	2893	3023	104
1973	25	946	275	29	914	1454	159	892	235	26	2893	3428	118

Not: 1- Asgari Kadro Sayısı, 2- Mevcut Personel, 3- Kadroların Doluluk Oranı (%).Kaynak: SSYB, 1973: 241.

Tabloda da görüldüğü gibi hekim kadrolarının doluluk oranı 1963 yılında % 90 iken giderek düşmüş ve 1973 yılında % 29 seviyesine gerilemiştir. 1963 yılında % 65 olan hemşire kadrolarının doluluk oranı ise % 26' ya kadar gerilemiştir. Buna karşılık sağlık memurlarında % 100'ün üzerinde kadro doluluk oranı söz konusudur. Ebe kadrolarının doluluk oranı ise önce azalmış, daha sonra yükselmiştir.

Sosyalleştirme Programı'nda genellikle planlanan personel sayısına ulaşamamıştır. Bunun nedenleri arasında; sosyalizasyon bölgelerinde çalışan sağlık personeline ilk yıllarda tanınan ekonomik ayrıcalıkların, enflasyon karşısında kısa zamanda erimesi ve buna bağlı olarak hizmetin özendiriciliğinin kalmamasının önemli yer tuttuğu düşünülmektedir (Mazgit, 1998: 166-167). Ayrıca Sosyalizasyon Programı'nın belkemiği olan tam gün çalışma ilkesinden vazgeçilmesi ve bir ekip çalışması gerçekleştirmesi beklenen sağlık ocağı personelinin eksik kadrolarla

çalışması, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde hedeflenenlere ulaşılmasını engellerken, ekibin eksik olması hizmetin entegre edilmesini de engellemiştir (Mazgit,1998: 167).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin cazibesini yitirmesiyle büyüyen personel açığı, tam gün yasası ile giderilmeye çalışılmıştır. 1978 yılı sonunda çıkarılan bu yasayla kamu kesiminde çalışan sağlık personelinin serbest çalışması yasaklanmış ve oldukça kısa bir geçiş süresi sonunda sağlık alanında çalışan tüm elemanlara belli bir tazminat ödenerek kamu sağlık hizmetlerinin çekiciliği arttırılmaya çalışılmıştır. Bir yandan tam donanımlı hastanelerde yeterince hekim bulunamaması bir yandan da muayenehanesi olan hekimlerin, hastaları yatırma önceliğini muayenehanelerinde yaptıkları viziteye göre verme olasılığı (ya da hastaların buna inanmaları), öteden beri hastane hekimlerinin tam gün hastanelerde çalışarak, muayenehanelerini kapatmaları gerektiği düşüncesinin gerekçesi olmuştur. Buna uygun olarak, 1978 yılında başlatılan tam gün uygulaması, hastanelerin hekim açığını bir yandan hekimlerin ücretlerini arttırarak bir yandan da muayenehanelerini kapatma zorunluluğu koyarak gidermeyi amaçlamıştır. Ancak eksikliği olanlar yerine tüm sağlık personelinin ödüllendirilmesi, bir yandan hekimlerin ücretlerinin yeterli miktarda yükseltilememesine ve muayenehaneyi tercih etmelerine sebep olmuştur. Diğer yandan da açığı olmayan sağlık personelinin ve idari personelin maaşlarının aşırı arttırılması, bu personelin hastanelerde aşırı istihdamına neden olmuştur (Bulutoğlu, 1981: 291).

Tablo 8: Türkiye’de Uzman-Pratisyen Hekim Dengesi 1950-1980.

Yıl	Toplam	Uzman		Pratisyen	
		Sayı	%	Sayı	%
1950	6.895	3.647	53	3.248	47
1955	7.077	3.192	45	3.885	55
1960	8.214	4.181	51	4.033	49
1965	10.895	6.657	61	4.238	39
1970	13.843	8.818	64	5.025	36
1975	21.714	12.698	58	9.016	42
1980	27.241	16.699	61	10.542	39

Kaynak: SB, 2002: 5.

Tamgün Yasası ilkedeki doğruluğuna karşın hazırlanışında kapsamında, ödeneklerin düzenlenmesinde ve zamanlamasındaki bir dizi yanlış yüzünden daha başında kamuoyunda geniş tepkilere neden olmuştur. Hekimlerin büyük çoğunluğunu tatmin etmeyen tazminatlar ise diğer kamu görevlileri arasında çeşitli huzursuzluklara yol açmıştır. Kamu görevlilerine uygulanan ücret politikasına karşı duyulan öfke, zaman zaman hedefini aşarak sağlık personeline ödenen tazminatlara yöneltmiştir. Bu nedenlerle Tam Gün Yasası, belli kesimlerde yalnızca bir tazminat yasası olarak değerlendirilmiştir (Gürsoy: 1727). Uygulamaya geçildiğinde Anadolu’da Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan ve “devletin verdiği ekonomik güvenceye fazla güvenmemek gerektiğini düşünen” uzman hekimler arasında yoğun istifalar olmuştur. Buna karşılık, kamu kesiminde çalışan pratisyen hekim sayısında belirgin bir artış olmuştur. Uzman hekim istifaları ciddi hizmet sıkıntılarının yaşanmasına neden olmuştur. 1979 Kasım ayında gerçekleşen Hükümet değişikliği sonrasında Sağlık Bakanlığı, Tam Gün Yasası’nın karşısında yer almıştır (Gürsoy: 1727).

Bu dönemde bir yandan kamunun sağlık sektöründeki rolü ve sorumluluğunun kapsamı genişletilirken bir yandan da özel sağlık sektörünün gelişiminin önü açılmaya çalışılmıştır. İlk özel hastanelerin açılması da bu dönemde gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın bütçe içindeki payının % 4-5 gibi oranlara yükseldiği, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesi kapsamında sağlık ocaklarının yaygınlaştırılarak sağlık hizmetlerinin ülkenin en uç noktalarına kadar ulaştırıldığı bir dönem olmasının yanında, bu dönemdeki Beş Yıllık Kalkınma Planları'nda yer alan özel sağlık sektörünün desteklenmesi, Genel Sağlık Sigortası çalışmalarının başlatılması ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde döner sermaye uygulamasına başlanması gibi uygulamalarda yine bu dönemde gerçekleşmiştir.

Tablo 9: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı 1960-1975.

Yıl	Devlet Bütçesi Bin TL	Bakanlık Bütçesi Bin TL	Bak.Büt.Dev.Büt.Or.%
1960	7.266.965	382.762	5.27
1965	14.421.419	590.950	4.10
1970	28.860.265	888.080	3.08
1975	107.680.514	3.815.161	3.54

Kaynak: SB, Sağlık İstatistikleri 2002: 22

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi, Sağlık Bakanlığı'na bütçeden ayrılan yıllar geçtikçe azalmış ve ayrılan bu bütçede verimli kullanılamamıştır. 1970'li yıllarda tüm dünyada yeni liberal anlayış ve politikaların uygulanmaya başlanmıştır. Yeni liberal politikaların etkisiyle refah devleti anlayış ve politikalarından uzaklaşmaya başlanmıştır (Akdur, 1999: 54).

3.4. 1980- 2002 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri: Aktif Özelleştirme Dönemi

3.4.1. Milli Güvenlik Kurulu Dönemi

24 Ocak Kararları ile başlayan dönemde ithal ikameci model terk edilmiş, ihracata yönelik kalkınma modeli benimsenmiştir. İhracata yönelik stratejinin temelini oluşturan ticaretin serbestleşmesi hedefinin gerçekleşmesi için ulus kaynak tahsisinin, ithal ikamesi yaklaşımında olduğu gibi salt iç talep tarafından değil,

uluslar arası talep tarafından belirlenmesine izin verilmesinin zorunlu olduğu savunulmuştur. Bu bağlamda, ihracata yönelik strateji; devletin küçültülmesi ve bütün ekonominin serbestleştirilmesi politikası çerçevesinde dile getirilmiş ve kapitalizmin dünya ölçeğinde yaşadığı bunalıma çözüm olarak önerilmiştir. Sonuç olarak ithal ikamesinin terk edildiği dönem, ekonomik ve siyasal ilişkilerin yeniden tanımlandığı ve gelişmekte olan ülkelerdeki sosyal devletin de tasfiye edildiği bir sürece denk gelmiştir (Belek ve Hamzaoglu, 2000: 265-266). İdeolojisi yeni liberalizm olan yeni dünya düzeninde artık sermaye, sosyal devlet olarak şekillenen yapıya karşı yerine getirdiği sorumluluklarını reddeder ve sağlık hizmetlerine de yansıyan vergi ya da prim yollu katkılarını sürdürmek istemez olmuştur (Soyer,2002).

1980 sonrasında benimsenen yeni liberal politikalar sağlıkta sosyalleştirmenin gerektirdiği makro ekonomik ortamı tamamen bozmuş, bölgeler ve kırla kent arasındaki gelir dağılımı eşitsizlikleri, yoksulluk sınırı altında yaşayanların oranı, işsizlik oranı artmış, sosyalleştirme yerine özelleştirme politikası benimsenmiştir. 224 sayılı Kanunda kendi sağlık ocaklarına başvuranların yararlanacakları hizmetlerin parasız olduğu belirtilmiş olmasına rağmen birinci basamak sağlık kurumlarının hizmetlerinin paralı olarak sunulmaya başlaması da özellikle birinci basamak hizmetlerine daha çok gereksinimi olan dar gelirli grupların hizmet kullanımını engelleyici ve eşitsizlikleri arttırıcı etki yaratmıştır (TTB, 2001: 32).

Bu döneme ilişkin olarak sağlık politikalarının çerçevesini belirleyen temel metin 1982 Anayasası'dır. 1982 Anayasası ile devletin sağlık hizmetlerindeki sorumluluğu değişmiştir.

“ Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşın ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığını içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarına tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevinin kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarında yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin

yaygın bir şekilde yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla Genel Sağlık Sigortası konabilir” (m.56). Anayasa’daki bu değişiklik, temelde sosyal devlet anlayışının değiştirilmesi anlamına gelmektedir. Bu değişiklik ile devletin sağlık alanındaki sorumluluğunun düzenleyici ve denetleyici bir role dönüştüğü görülmektedir.

1982 Anayasası ile ilk defa, devletin sağlık ile ilgili görevlerini, özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği hükmü getirilmiştir. 1982 Anayasası ile sağlığı bir hak olarak görüp devlet güvencesi altına alan anlayış bırakılmış, devletin düzenleyici ve denetleyici konumu tanımlanmıştır. 1980 sonrasında sağlık hizmetlerinde özel sektörün etkisi artmıştır. 1980’de 91.2 milyar TL olan özel sağlık harcamaları, 1996’da 198 trilyon TL’ye ulaşmıştır. Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1980’de % 48.6’dan 1981’de % 53.8’e, 1984’te % 56.1’e çıkmış, 1988’den sonra ise gerilemiştir. 1993’te ise % 31.8 olmuş, 1996’da da % 36’ya yükselmiştir (Soyer ve Belek,1998: 255).

Tablo 10: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı 1980-2002

Yıl	Devlet Bütçesi Bin TL	Bakanlık Bütçesi Bin TL	Bak.Büt.Dev.Büt.Or %
1980	756.687.182	31.822.605	4.21
1985	5.412.082.049	137.462.333	2.54
1990	63.925.354.000	2.633.217.000	4.12
1994	823.396.387.000	30.463.327.000	3.70
1995	1.335.978.053.000	48.741.551.000	3.65
1996	3.558.506.822.000	98.064.401.000	2.76
1997	6.238.000.000.000	204.499.276.000	3.28
1998	14.753.000.000.000	390.891.701.00	2.81
1999	23.570.000.000.000	663.123.501.000	2.81
2000	46.843.000.000.000	1.059.825.001.000	2.26
2001	48.060.000.000.000	1.280.660.000.000	2.66
2002	97.831.000.000.000	2.345.447.691.000	2.40

Kaynak: SB, Sağlık İstatistikleri:22

12 Eylül Harekâtı sonrasında yönetimi üstlenen Milli Güvenlik Kurulu'nun sağlık alanında gerçekleştirdiği ilk uygulamalardan biri sağlık personelinin çalışma ve yaşam koşullarını oldukça iyileştirmiş olan 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun'un hizmet ihtiyaçlarını karşılamaması ve devleti gereksiz mali külfete sokması gerekçesiyle 31.12.1980 tarihli ve 2368 sayılı yasa ile kaldırılmasıdır (Soyer: 1114). 2368 sayılı yasa ile kamu sektöründe ve sosyalleştirme kapsamında çalışan hekimlere serbest çalışma izni verilmiştir, böylece

sosyalleştirmenin dayandığı ana prensiplerden biri ortadan kalkmıştır (Özdemir,2001: 271).

MGK döneminin sağlık alanındaki diğer bir uygulaması hekimlere mecburi hizmet yükümlülüğünün getirilmesidir. Mevcut hekim açığının hekimlere mecburi hizmet yükümlülüğü konulması yoluyla kapatılabileceği düşünülerek, 21.08.1981 tarih ve 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun ile Silahlı Kuvvetlerde, Adli Tıp kurumlarında çalışanlar ve temel tıp bilimlerinde ihtisas yapanlar hariç, 2 yılı pratisyenlikte 2 yılı uzmanlıkta olmak üzere toplam 4 yıl sürecek olan mecburi hizmet yükümlülüğü getirilmiştir. Böylece sosyalizasyon bölgelerinde özendirici ve gönüllü görev alınması ilkesinden geri dönülmüştür (Gürsoy: 1726). Mecburi Hizmet Kanunu 1986 yılına kadar uygulanmış, ortaya çıkan aksaklıklar nedeniyle 1986 yılında bazı Kanun'un bazı maddeleri değiştirilmiştir. Kanun yeni şekliyle 8 yıl yürürlükte kalmış, zamanla zorunlu hizmet uygulamasının ülkenin sağlık sorunlarına hiçbir yarar sağlamadığı; tersine genç hekimlerin insan haklarını kısıtladığı, onları bedensel rahatsızlıklara ve ruhsal bunalımlara sürüklediği, yıllarının yitimine yol açtığı görülmüş ve mecburi hizmet uygulaması 1994 yılında kaldırılmıştır. Ancak Kanun yürürlükten kaldırılmamış, mevcut aksaklıklar ve eşitsizlikler nedeniyle 27.03.2002 tarihine kadar askıya alınmıştır.

Kamu hizmetleri aleyhine ve özel sermayeyi destekleyici ilk önemli kararlar MGK yönetimince “ parasız hizmet olmaz” söylemlerinin eşliğinde bu dönemde başlamıştır. 1981 yılı sonunda alınan bir Bakanlar Kurulu Kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş, sağlıkta kamu fonlarının özel sektöre akıtılması dönemi başlamıştır (Soyer, 2003: 306). Bu durum; 1982, 1983 ve 1984 yıllarındaki programlarda da yinelenmiştir (Soyer: 1114).

Ayrıca Genel Sağlık Sigortası ile ilgili kapsamlı bir çalışma yapılmışsa da, “sigorta ile halkın sağlık tesislerine özellikle ayaktan tedavi için müracaatları artacaktır. Bugünkü hekim sıkıntısı ve sağlık ocaklarının tam çalıştırılamaması karşısında bu müracaatların karşılanamayacağı tereddüdü vardır. Varlıklı kişilerden toplanacak prime esas veriler yeterli olmadığından sigorta gelirlerinin istenen

düzeyde olmadığı takdirde gider fazlalığının devlete yeni bir yük getireceği endişesi mevcuttur” denilerek çalışmalara devam edilmemiştir (Soyer: 1115).

MGK döneminde hekim sayısını acilen artırmak için YÖK aracılığıyla gecekondü tıp fakülteleri kurulmuş, mevcut fakülteler kapasitelerinin çok üzerinde öğrenci almaya zorlanmıştır. Yetersiz, niteliksiz hekimlerle öğretim üyeleri ve hekim işsizliği de bu yanlış uygulamanın katlanılmak zorunda kalınan bedelleri olmuştur. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanunu, Organ Nakli Kanunu, Adli Tıp Kurumu Kanunu, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, Kan ve Kan Ürünleri Kanunu bu dönemde çıkarılan kanunlardır (Sevinç, 2002: 12).

3.4.2. ANAP Dönemi

1983 yılında işbaşına gelen ANAP Hükümeti, 24 Ocak İstikrar Tedbirlerinin alınışında Başbakanlık Müsteşarı olan Turgut Özal’ın başkanlığında kurulmuş ve bu kararlardaki liberalleşme ekseninin belirleyici olan kadrolara sahipti. Bu nedenle ANAP Hükümetleri’nin izlediği politikalar da giderek her alanda liberalleşme yönünde olmuştur. Birinci ANAP Hükümeti’nin programında 1980’li yıllarda izlenecek sağlık politikalarının temel noktaları belirtilmiştir. Bunlar (Erdilek: 1046; Soyer: 1115);

- Sağlık hizmetlerinin vasıflı, güvenilir, kolay erişilebilir, formaliteden uzak ve ülke sathında dengeli bir şekilde yaygınlaştırılması,
- Hekim ve diğer sağlık personelinin yurdun her köşesinde bulunabilmesinde, daha yararlı olacak olan teşvik edici politikaların kullanılması,
- Bütün vatandaşların sağlık sigortasına kavuşturulması,
- Herkesin istediği hastaneden faydalanması,
- Devlet ve SSK hastanelerinin yükünü hafifletmek için bu kuruluşlar dışında çalışan hekim ve sağlık personelinin faydalanılması,
- İlaç sektörünün geliştirilmesi ve rekabetin sağlanması,
- Herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna dahil olmayanların sağlık hizmetleri ile ilgili ödemeleri için bir fon kurulması, bu fondan ödeme yapılacak kişilerin mahalli idareler tarafından tespit edilmesi,
- Hastane hekimliğinin teşvik edilmesi,

- Sağlık hizmetlerindeki açığın sözleşmeli personel istihdamı ile giderilmesi.

V.Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda özel sağlık kuruluşları ve hastanelerin kurulmasının teşvik edileceği, sağlık hizmetleri fiyatlarının serbest bırakılacağı, herkesin katkıda bulunduğu Genel Sağlık Sigortası'nın çıkarılacağı belirtilmiştir (DPT, 1974: 152).

1983 yılında 295 Hükümet Tabiplikleri, sağlık ocakları haline getirilerek, 01.01.1984 tarihi itibarıyla tüm ülke sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. Bu yaygınlaştırma kararı, birçok yörede kiralanmış binalara sağlık ocağı taşınması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Daha önceki dönemlerden gelen sorunların etkisiyle, yeterli alt yapı yatırımı olmaksızın gerçekleştirilen bu yaygınlaşma, sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünün geçici binalarda verilmesine neden olmuş, geçici binaların sağlık hizmeti sunulması amacıyla yapılmamış olması, hizmet kalitesini olumsuz etkilemiştir. Kendi binasında faaliyet gösteren sağlık ocakları oranı 1984 yılında % 81 iken bu oranın 1995 yılında % 64' e gerilemesi bu sürecin sonucudur (Soyer: 1124). 1984 yılında bütün illerin sosyalleştirme kapsamına dâhil edilmesiyle birinci basamak sağlık hizmetlerinde öne çıkan hedef; sosyalleştirme kapsamındaki hizmetlerin verimliliğinin yükseltilmesi olarak belirlenmiştir (DPT, 1985: 240).

Tablo 11: Yıllara Sağlık Ocağı ve Sağlık Evi Sayısı

Yıl	Sosyalize İl	Eğitim	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi
	Sayısı	Bölgesi		
1980	45	12	1467	5776
1985	67	18	2887	8464
1990	73	17	3454	11075
1991	74	17	3672	11262
1992	76	17	3901	11490
1993	76	17	4226	11630
1994	76	17	4575	11878
1995	79	17	4927	11888
1996	80	17	5167	11877
1997	80	17	5366	11905
1998	80	17	5538	11881
1999	81	17	5614	11766
2000	81	17	5700	11747
2001	81	17	5773	11737
2002	81	17	5840	11735*

*Binasız sağlık evleri iptal edildiğinden sayı düşmüştür. Kaynak: SB, 2005.

ANAP Hükümetleri döneminde sağlık alanına damgasını vuran olgu, sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla piyasa kural ve işleyişine uygun olarak yürütülmesi istek ve çabalarıdır. Bu çerçevede SSK'nın hizmet üreten değil, hizmet satın alan bir kurum haline getirilmesi hedeflenmiş, SSK Hastanelerinin özel hastane statüsünde çalıştırılacağı, dönemin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı tarafından açıklanmıştır (Soyer: 1115).

Bu kapsamda değerlendirilebilecek bir diğer uygulama ise 1980'lerin ikinci yarısında giderek yaygınlaşan hizmet ihaleleridir. Hastaneler tarafından yapılan hizmet ihalelerini, diğer satın alma yöntemlerinden ayıran temel unsur, hizmeti satın alan kurumun aynı zamanda ürünün üretilmesi için gerekli kaynaklara da sahip olmasıdır (Tatar vd., 1997: 79). Döner sermayeye sahip hastane işletmelerinin gerçekleştirdiği hizmet ihaleleri, geleneksel olarak hastanelerin kendi kaynaklarıyla yerine getirdiği; genel temizlik, yemekhane, çamaşırhane gibi bazı otelcilik hizmetlerini piyasaya ihale yöntemiyle yaptırmasıdır. Kamuoyunda taşeronlaşma olarak ifade edilen bu uygulama, gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede uygulanmakta olup esas olarak geniş kapsamlı özelleştirme tanımına dahil olan yöntemlerden biridir (Tatar vd, 1994: 78).

ANAP döneminin sağlık alanındaki görüşlerini en iyi yansıtan bir diğer girişim de 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur. Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları belirleme amacıyla olan bu yasa; Milli Savunma Bakanlığı hariç ülkedeki bütün sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından planlanması ve denetlenmesine olanak sağlamaktadır. Aslında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, sağlık politikamızın belirleyici yapısal dönüşümünün ifadesidir. Kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasa açılması, devletin bu alandaki sorumluluğuna son verilmesi, sağlık personeli üzerinde piyasa mantığı ile oluşturulan baskının meşrulaştırılması ile Kanun, kendisinden sonraki tüm yasa girişimlerinin öncüsü olmuştur. Söz konusu yasa ile kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış, devletin her iki sağlık kuruluşuna aynı mesafede yaklaşması anlayışı egemen kılınmış, kamu sağlık kuruluşları statü olarak işletme haline getirilmiş, gerek özel gerekse kamu kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış, sosyal güvenceye sahip olan herkesin kamu ya da özel, istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi olanaklı kılınmıştır (Soyer, 2003: 307). 3359 sayılı Kanun'un bazı hükümlerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi nedeniyle uygulamaya aktarılamamış; hastanelerin sağlık işletmesine dönüştürülmesine ise yasanın çıkarılmasında çok sonra pilot uygulamayla başlanabilmiştir. Günümüzde Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi'nde bu Kanun'a göre başlatılan pilot uygulama sürmektedir (Mazgit,1998: 177).

ANAP döneminde atılan bir diğer önemli adım ise Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Kanunu'dur. Bu Kanun ile bir Fon oluşturulmuş, her il ve ilçede Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları kurulmuş, bu vakıflar; fakir ve muhtaç kişilere yardım etmeyi amaçlamıştır. Kanun'un arka plandaki amacını ise 1980 sonrası dönemde bozulan bölüşüm ilişkileri ve düşen sosyal harcamalar nedeniyle toplumda oluşan tepkileri azaltmak olduğu şeklinde değerlendirmeler yapılmıştır (Soyer, 2000; 260-261; Soyer ve Belek, 1998: 265-266).

Dünya Bankası 1987 yılında yayınladığı "Financing Health Services In Developing Countries- Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı" adlı raporunda Türkiye ve benzeri ülkelerde sağlık hizmetlerinin özel teşebbüs eliyle yürütülmesinin gerektiğini savunarak, bu yolda teşvik edici bir program teklif etmiştir (Sargutan, 1993: 29). Söz konusu raporda sağlık hizmetlerinin finansmanı için birbiriyle yakından ilişkili dört politika bir paket halinde önerilmiştir. Bu reform önerileri (WB, 1987: 2-9):

- Kullanıcıların özellikle ilaç ve tedavi bakım hizmeti karşılığında ücret ödemesi (yani kullanıcıdan katkı payı alınması)
- Sigorta sağlanması,
- Hükümet dışı kaynakların (kar amacı gütmeyen gruplar, özel hekim, eczacı ve pratisyen hekim gibi) etkin kullanılması,
- Sağlık hizmetlerinin desantralize edilmesi biçiminde ifade edilmiştir. Ayrıca devletin sağlık sektörünü daha etkin yapmak konusunda sözü olmadıkça, finans politikalarında reforma gitmenin pek etkili olmayacağı da belirtilmiştir.

Genel Sağlık Sigortası'na geçişi sağlamak amacıyla 3359 sayılı Kanun ile getirilen diğer iki uygulama da; sağlık kütüğünün oluşturulması ve Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Geliştirme Fonu'nun kurulmasıdır (Geçici madde3 -4). Sağlık kütüğünün oluşturulması esas olarak 224 sayılı Yasada da yer almış, ancak yeterince uygulamaya aktarılamamıştır.

Hekim dışı sağlık personeli açığını kapatmak amacıyla ANAP Hükümetleri döneminde yapılan uygulamalar iki başlıkta özetlenebilir: Yeni Sağlık Meslek Liseleri açmak ve tamamlama programıyla yardımcı sağlık personeli yetiştirmek.

Tamamlama programı, 1986-1990 yıllarında uygulanmış ve bu çerçevede, lise mezunlarına 18 aylık bir eğitimle Sağlık Meslek Lisesi diploması verilmiştir. Bu programla ebelik, hemşirelik ve teknisyenlik bölümlerinden toplam 20.752 kişi mezun olmuştur (Türkay vd.,1997: 24). Ancak gerek altyapı yetersizlikleri nedeniyle Sağlık Meslek Liselerinin açılması gerekse eğitim ve atamalarda sorunlar nedeniyle tamamlama programları, yardımcı sağlık personeli açığının kapatılmasını sağlayamamıştır.

Ayrıca ANAP Hükümetleri döneminde sağlık alanında gerçekleştirilen faaliyetler arasında; Hızlandırılmış ve Genişletilmiş Aşı Kampanyası ile 5 milyon dolayında çocuğun aşılınması, ana ve çocuk sağlığı programlarının başlatılması, Aile Planlaması Kliniklerinin kurulması, kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti sunulması amacıyla Kamu Sağlığı Merkezlerinin kurulması, ilçe hastanelerinin desteklenmesi, Hızır Acil Merkezi hizmetlerinin başlatılması sayılabilir (Soyer: 1115). Kamu Sağlığı Merkezlerinin kurulması, kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda sağlık ocaklarının yeterli olmamasından kaynaklanmıştır. Daha sonra, Semt Polikliniği adıyla sürdürülen bu örgütlenme ile hastanelerin poliklinik yükünün hafifletilmesi amaçlanmıştır. Ancak gerek hasta sevk zincirinin işletilememesi gerekse halkın doğrudan hastaneye başvurma alışkanlığı bu örgütlenmeden de istenilen düzeyde sonuç alınmasını engellemiştir.

Sağlık sektörünün özelleştirilmesi yolunda önemli girişimlerden biri de 1989'da serbest piyasa ekonomisine dayanan bir sağlık politikası geliştirilmesi çabasıdır. Devlet Planlama Teşkilatı, 1989 yılında sağlık sektöründeki sorunları ve alternatif çözümleri belirlemek amacıyla bir "Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü" çalışmasını başlatmıştır. Çalışma, Türk ve yabancı şirketlerden oluşan bir konsorsiyum tarafından yürütülmüş ve 1991 yılında tamamlanmıştır. Rapor, sektörün var olan durumunu kapsamlı olarak açıklamış ve sağlık hizmetlerinin acil gereksinimlerini ortaya koymuştur (İpekten, 2002: 67). Bu çalışmanın verilerinden hareketle sağlıkta serbest piyasa ekonomisini hakim kılacak politikalar geliştirilmiştir.

Dünya Bankası ile 16.08.1990 tarihinde 8 ili kapsayacak ve Dünya Bankası tarafından finanse edilecek Sağlık Projesi İkraz Anlaşması imzalanmıştır. Bu

anlaşma ile Dünya Bankası Türkiye’ye 75 milyon dolarlık kredi vermiştir. 1. Sağlık projesi 1991 yılında başlamış ve 1998 yılında tamamlanmıştır (Belek, 2001: 438). Projenin amaçları; Proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği artıracak önlemleri almak, Sağlık Bakanlığı’nın teknik ve yönetsel kapasitesini artırmak olarak belirlenmiştir (Sargutan,1993: 30). Uzun vadeli amaç ise yüksek kalitede ve kısmen kendi kendisini destekleyen bir sağlık bakım sisteminin kurulmasıdır.

3.4.3. Koalisyon Hükümetleri Dönemi

1991 Ekim ayında gerçekleştirilen seçimlerle DYP-SHP Koalisyon Hükümeti kurulmuştur. Bu Hükümetin Programı’nda da sağlıkla ilgili olarak şu görüşler yer almıştır (Soyer: 1117):

- Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde yaygınlaştırılması ve etkinliğin artırılması yoluyla tedavi edici hizmetlere olan aşırı talep azaltılacaktır.
- Birinci basamak sağlık hizmet birimlerinin güçlendirilmesi bağlamında aile hekimliği uygulaması yaygınlaştırılacaktır.
- Sağlık hizmeti, sevk zinciri içinde sunulacaktır.
- Sağlık kuruluşlarında performansa göre ücret belirlenecek, sözleşmeli personel istihdamına gidilecektir.
- Genel Sağlık Sigortası aşamalı olarak yaygınlaştırılacak, ödeme imkanı olmayan vatandaşların sigorta primleri devlet tarafından karşılanacak, bu çerçevede aşamalı olarak herkese tedavi imkanı sağlayan “Yeşil Kart” verilecektir.

DYP- SHP Hükümeti, 1980 sonrası uygulanan piyasa yönelimli sağlık anlayışının özünü hiç değiştirmeden, 1992- 1993 yıllarında sağlık reformu çalışmalarını Yıldırım Aktuna ve Serdar Savaş tarafından gündeme taşımıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi, kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesi/özerkleştirilmesi, sağlık finansmanı konusunda Genel Sağlık Sigortası’na geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel

güçlerin söz sahibi kılınması ve sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi, sağlık reformu tartışmalarında öne çıkan temel noktalardır (Soyer, 2003: 312).

2. Sağlık Projesinin hazırlıkları 1992–1993 yıllarında yapılmıştır. Projeye ilişkin ikraz anlaşması 3805-TU no' lu olarak TC Hükümeti ile Dünya Bankası arasında 28.9.1994 tarihinde imzalanmış, 22.12.1994 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanmıştır. Projenin bütçesi 200 milyon dolar olup, 150 milyon dolarını Dünya bankası kredi olarak finanse etmiştir (Sağlıkta Strateji Dergisi, Aralık 1994, s.3).

Bu dönemdeki önemli uygulamalardan birisi de 18.06.1992 tarih 3836 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun'un çıkartılmasıdır. Bu Kanun'un amacı, hiçbir sosyal güvenlik kuruluşu kapsamında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda olmayanların bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçinceye kadar Devlet tarafından karşılanmasıdır (m.1). Buna göre, ödeme gücü olmayan vatandaşların, yataklı tedavileri ile ilgili masraflarını karşılayan bu uygulama (m.2-a), GSS kuruluncaya kadar sürdürülecek geçici bir uygulama olarak düşünülmüştür. Bu uygulama ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşların yatarak tedavi masrafları Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaya başlanmıştır. Ancak ayaktan tedavi giderlerini bu uygulama kapsamamaktadır. Bu uygulama sağlık güvencesi olmayan insanlara güvence sağlamaktan çok, sosyal gerginlikleri gidermeyi amaçlayan ve oy kaygısıyla yapılmış popülist bir uygulamadır.

DYP-SHP Hükümeti döneminde Sağlık Bakanı Yıldırım Aktuna, 1980'den sonra belirlenen genel eğilimlere uygun olarak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amacıyla sağlık reformu hazırlanmasını sağlamıştır. İçeriği ve mevzuatta yapılacak değişiklikler göz önünde bulundurulduğunda, sosyalleştirme kanununu önemli ölçüde etkileyeceği açık olan reform projesi çerçevesinde, sağlıkta öncelikle hukuki reforma gidilmesi amaçlanmıştır. Bu reform tasarısının tartışılması amacıyla 23-27 Mart 1992'de I.Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve reform çalışmalarının genel ilkeleri tartışmaya açılmıştır. Ancak oluşturulması düşünülen sistemde taviz verilmeden uygulanacak iki ana özellik bulunduğu açıklanması ve bu açıklamanın ardından ortaya çıkan gelişmeler, kongre çalışmalarının sağrlar

diyaloguna dönüşmesine neden olmuştur. Reform çalışmalarında taviz verilmeden uygulanacak iki ana özellik; birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğine dayandırılması ve kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi, zaman içinde özelleştirilmesi şeklinde belirlenmiştir. Bu iki özellik, reform çalışmalarının ana ekseninin 1980 sonrasında gelişen liberalleşme doğrultusunda olduğunu göstermektedir. 1993 yılında Sağlık Reformu Kanun Tasarısı Taslakları olarak; Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı, Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı hazırlanmıştır. Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı'nda merkezi hükümet üzerindeki yükün yerel yönetimlere devredilmesi ve sektör planlamasının yerinden yapılması planlanmıştır. Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı da tüm nüfusa standart bir şekilde hakkaniyetli ve etkili bir sağlık güvencesi vermeyi hedeflemiştir. Ancak bu kanun çalışmaları taslak olarak kalmaktan öteye gidememiştir (Engiz,1996: 29).

Sağlık reformu çalışmaları kapsamında, sağlık hizmetlerinin sunumunda da yöntem değişikliğine gidilmek istenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğine dayandırılması, devlet hastanelerinin önce özerkleştirilmesi ve süreç içerisinde özelleştirilmesi planlanmıştır. Bu noktada sosyalleştirme kanununun getirdiğinden farklı bir yapılanma söz konusudur. Planlanan hizmet sunumu modelinde sosyalleştirme kanunun kırsal alan için öngördüğü sistem hemen hemen tümüyle korunacak; kentsel alanda ise ilçelerde "Kamu Sağlığı Merkezleri" kurulacaktı. Böylece, kentlerde sağlık ocağı, ana- çocuk sağlığı merkezi, verem savaş dispanseri gibi sağlık kuruluşları birer örnek haline getirilecekti. Kamu sağlığı merkezlerinde halk sağlığı uzmanı ya da bu konuda eğitim görmüş bir başhekim ve yeterli sayıda personel görev yapacaktı. Bu merkezler, genel anlamda koruyucu hizmetlerden sorumlu olacaktı. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilecekti. Aile hekimi, kendi muayenehanesinde serbest olarak çalışacak ve kendisine bağlı nüfustan kişi başına ücret alacaktı. Hizmet sunumundaki bu düzenlemeler, koruyucu sağlık hizmetlerle tedavi hizmetlerini birbirinden ayıracak, özel hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinde birincil hale getirecek ve sosyalleştirme kanunuyla getirilen entegre sağlık hizmeti anlayışını ortadan kaldıracak nitelikteydi. Ayrıca kentlerde var olan

sağlık ocaklarının kentsel gereksinimlere göre yeniden yapılandırılması yerine bir de kamu sağlığı merkezlerinin kurulması daha karmaşık bir örgüt yapısı ortaya çıkaracaktı (Sevinç, 2002: 13).

DYP-SHP döneminin sağlık reformu çalışmalarının önemli bir boyutu da bakanlık bürokrasisi devre dışı bırakılarak, sağlık alanında girişimleri Dünya Bankası politikaları doğrultusunda Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü'nün kurulması ve bu yapı aracılığı ile sağlık projelerinin yaşama geçirilmesidir. Aslında bu doğrultuda ilk adım ANAP Hükümetleri döneminde 1990'da Dünya Bankası ile imzalanan Sağlık Projesi Kredi Anlaşması ile atılmıştır. Bu anlaşmayla verilen kredi, Dünya Bankası'nın Türkiye gibi az gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini desteklemek ve yönlendirmek amacıyla uygulamaya koyduğu programın bir parçasıdır. Anlaşma, Dünya Bankası'nın temel yaklaşımı doğrultusunda devletin rolünü koruyucu sağlık hizmetleri ile sınırlayarak, tedavi edici hizmetlerin ise özel sektör tarafından yerine getirilmesini öngörmektedir. Anlaşmaya göre, sağlıktaki özelleştirme üç aşamada gerçekleşecektir. İlk olarak hastanelere geniş işletme özerkliği verilerek yerelleşme sağlanacaktır. Bu adım, hizmetlerin etkinliğini ve hizmetten yararlananların denetiminin sağlanması gerekçesi ile savunulmaktadır. İkinci olarak, kamu kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması istenmektedir; bu adım sosyal güvenlik sistemindeki düzenlemelerle pekiştirilmektedir. Sosyal güvenlik sisteminde getirilen yeni anlayış ise prim ödeme yükümlüğünün bütünüyle çalışanlara yüklenmesi ile sosyal güvenlik fonlarının mali piyasalara açılmasıdır. Üçüncü adım ise doğrudan özelleştirme olacaktır. Bu süreçte Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü'nün aktif rol alması beklenmektedir (Soyer, 2003: 312). Sağlık reformu çalışmalarının tartışıldığı, II. Ulusal Sağlık Kongresi 12-16 Nisan 1993 tarihleri arasında yapılmış, ancak kongrede üzerinde uzlaşılan bir program elde edilememiştir. Sağlık reformu çalışmaları, bu kongreden sonra Bakanlık düzeyinde ve daha dar bir çerçevede sürdürülmüştür.

1994 yılı başında ortaya çıkan ekonomik kriz sonrasında 5 Nisan Kararları çerçevesinde yapılan kısıtlamalar, sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemiştir. Söz konusu kısıtlamalar nedeniyle hastane ve sağlık ocaklarında ilaç ve basit araç-gereçlerin sağlanması konusunda sorunlar artmış, sarf malzemeleri bile hastalara

aldırılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, kamu hastanelerine desteğini önemli ölçüde kesmiştir. Kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı sadece maaş ödemek düzeyine indirilmiş, özellikler devlet hastaneleri en basit harcamalarını bile kendi başlarına çözmek zorunda kalmıştır. Esas olarak bu uygulama, ekonomik kriz gerekçesiyle başlatılmış olmakla birlikte devletin yataklı tedavi kurumlarını sağlık işletmesine dönüştürme politikasına uygun bir gelişme olmuştur. Döner sermayesi en karlı devlet hastaneleri arasında olan Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastaneleri 1987 tarihli 3359 sayılı Kanuna dayanarak ve 11.01.1995 tarihli Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik ile işletme haline getirilmiştir; böylece ilk fiili hastane özelleştirmeleri gerçekleştirilmiştir (Soyer, 2000: 261-263). Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, 1990'ların genel politika ilkelerini yürürlüğe koymuştur. Söz konusu yönetmeliğin amacı, 3359 sayılı yasa çerçevesinde sağlık işletmesine dönüştürülecek yataklı tedavi kurumlarının yönetimi ve çalışma esaslarını düzenlemektir. Sağlık işletmelerinin faaliyet ve görevleri sırasında göz önünde bulundurulacak ilkeler ise şöyle sıralanmıştır (m.8):

- Katılımcılık ve işletmecilik esaslarına göre sevk ve idare,
- Desantralizasyon ve oto- kontrol,
- Hizmette rekabet,
- Modern tıbbi bilgi, metot ve teknolojinin takibi,
- İşletme gelirleri ile giderlerin karşılanması,
- Rutin hizmet üretimi yanında, modern eğitim ve faaliyet alanıyla ilgili araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunma.

Bu temel ilkelerden de anlaşıldığı gibi yataklı tedavi kurumlarının piyasa kurallarına göre işletilmesi ve devletin bu alandaki yükünün hafifletilmesi, temel hareket noktasıdır.

Ayrıca Üniversite ve SSK hastanelerinde bir süredir uygulanmakta olan ve hekimlerin mesai saatleri dışında özel hasta bakmasını ifade eden “sur-time” çalışma, 3359 sayılı Kanun ve buna dayalı olarak çıkarılan yönetmelik hükümlerinde de

korunmuştur (m.29).³ Sağlık ocaklarında standart kadro sayısına göre pratisyen hekim doluluk oranının % 100'e çıkmış olması, pratisyen hekimlerin 1981 yılında konulan mecburi hizmet kapsamından çıkarılmasına olanak sağlamış, 13.12.1995 tarih ve 548 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile pratisyen hekimlerin yükümlülükleri kaldırılmıştır (DPT, 1997: 153). Buna karşılık, uzman hekim açığının devam etmesi nedeniyle uzman hekimlere yönelik mecburi hizmet uygulaması sürdürülmüştür. Nitekim 1996 yılında uzman hekim atanamayan yerlere birer aylık geçici görevlerle 400 uzman hekim gönderilmiş (DPT, 1997:152) ve uzman hekim açığı bu şekilde giderilmeye çalışılmıştır.

Tablo 12: Sağlık Personeli Sayısının Yıllara Göre Değişimi 1995-2002.

Personelin Unvanı	Yıl							
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Hekim	69.349	70.947	73.659	77.344	81.988	85.117	90.757	95.190
Uzman	29.846	31.126	32.511	34.189	36.854	38.064	41.907	43.660
Pratisyen	39.503	39.821	41.148	43.156	45.134	47.053	48.850	51.530
Diş Hekimi	11.717	12.406	12.737	13.421	14.226	16.002	15.866	17.108
Eczacı	19.090	19.681	20.557	21.441	22.065	23.266	22.922	22.322
Sağlık Memuru	39.342	39.165	39.658	41.461	43.032	46.528	45.560	49.324
Hemşire	64.243	64.526	67.265	69.146	70.270	71.600	75.879	79.059
Ebe	39.551	38.945	40.230	41.059	41.271	41.590	41.158	41.513

Kaynak: SB, 2004 ve 2005

³ Sağlık işletmesinde görevli olan ve mesleklerini serbest icra etmeyen tabipler, Sağlık Bakanlığı'nın tespit edeceği usul ve esaslar çerçevesinde ve yönetim kurulunun uygun görmesi halinde, mesai saatleri dışında, kuruluştaki özel teşhis ve tedavi yapabilirler.

1994 ortalarına kadar sağlık alanındaki özelleştirme tartişmaları sadece yataklı tedavi alanına yönelik sürdürölmüştür. Birinci basamaktaki özelleştirme uygulamaları ise 1994'ün sonlarına doğru dikkat çekmeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak kamusal sağlık örgütleri sağlık ocaklarının maddi kaynaklarını kesmeye başlaması ve ocaklarda hastanelerdeki vakıf uygulamasına benzer şekilde, vatandaşlardan sunulan hizmetlere karşılık bağış adı altında ücret alımının yaygınlaşması, birinci basamaktaki özelleştirme faaliyetlerine işaret etmiştir. Vakıf, döner sermaye, özel sektörün teşviki, SSK'da surtime çalışma, yardımcı hizmetlerin (temizlik, yemek, çamaşır vb.) taşeronlaştırılması gibi faaliyetlerle özelleştirme uygulamaları çeşitlenmiştir (Akalın, 1998: 164).

Ayrıca acil sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine devam edilmiş, bu çerçevede 1996 yılında 5 ilde Sağlık Bakanlığı'na ait Acil Yardım ve Kurtarma Merkezi kurulmuştur. Bu merkezlere bağlı 58 acil sağlık hizmeti istasyonu görev yapmıştır.

Bu dönemde hazırlanan VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda devletin sağlık hizmetindeki görevini koruyucu sağlık hizmetleri ve muhtaç durumdaki yurttaşlara destek ile sınırlayan bir yaklaşım ortaya konmuş, bunun dışındaki hizmetlerin piyasa mekanizması aracılığıyla sağlanması öngörölmüştür (Soyer, 2003: 313).

Tablo 13: Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları 1980-2001

Yıl	Kurum Sayısı	Hasta Yatağı Sayısı	Bir Yatağa Düşen Nüfus	10.000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı
1980	827	99117	451	22.2
1985	722	103918	495	20.2
1986	736	107152	481	20.8
1987	756	111135	475	21.0
1988	777	113010	479	20.8
1989	812	116061	479	20.9
1990	899	136638	416	24.0
1991	941	139606	413	24.2
1992	970	142511	411	24.3
1993	1004	147774	405	24.7
1994	1024	150565	406	24.6
1995	1051	151972	405	24.6
1996	1076	155819	402	24.8
1997	1120	160884	389	25.7
1998	1180	164887	393	25.5
1999	1213	169365	388	25.7
2000	1226	172449	388	25.8
2001	1240	175190	391	25.5

Kaynak: S.B., 2002.

Tablo’da görüldüğü üzere özellikle tedavi edici hizmetlerin piyasada sunumunu kolaylaştıran politikalar sonucunda 1980’li yıllardan itibaren ülkemizde yataklı tedavi kurumlarının sayısı gün geçtikçe artmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı Sağlık Reformları Projesi, 1996- 2000 yılları arasında uygulamaya konulan VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda yer almıştır. Sağlık Reformu Projesinin ana ilkeleri şöyledir:

- Genel Sağlık Sigortası sistemine geçilmesi,
- Hizmeti sunanla finanse edeni birbirinden ayırmak, dolayısıyla hizmetin verildiği kurumun değil hizmeti alanın destekleneceği bir sisteme geçmek,
- Hastanelerin özertleştirilip sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemine geçilmesi,
- Sağlık Bakanlığı'nı ülke genelinde sağlık politikalarını belirleyen, denetleyen, tedavi hizmetlerini değil, koruyucu sağlık hizmetlerini sunan bir yapıya dönüştürmektir.

3.5. 2002'den Günümüze Sağlık Hizmetleri: Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye'de sağlık alanının yeni liberal politikalar doğrultusunda yeniden yapılandırılması çerçevesinde uygulamaya konan programların temel gerekçesi olarak; bir yandan kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaşması, diğer yandan da sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olması gösterilmektedir. Küreselleşmenin ülkeler ve şirketler arasında acımasız bir rekabeti öngördüğü, sosyal hakların istihdam açısından engel olarak tanımlandığı, ülkelerin sermaye çekmek için sosyal haklar, esnek istihdam ve enformel sektör açısından dibe doğru yarıştığı ve sıcak para hareketleri sayesinde finansal gücün ciddi ekonomik krizlere yol açtığı günümüzde; sağlık hizmetlerinin verimliliğinin yükseltilerek maliyetinin düşürülmesi, uygulanan sağlık reform programlarının ana hedefi olarak tanımlanmıştır. Yeni liberal paradigma çerçevesinde kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ve finansmanının ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesinin sağlanması, hizmet satın alma ve hastanelerin özertleştirilmesi gibi adem-i merkezietçi politikaların hayata geçirilmesi ile sağlık alanı tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açılmış ve bu sayede mevcut sorunlara çözüm getirileceği öne sürülmüştür (Elbek, 2009: 34; Ağartan, 2007: 40).

Bu doğrultuda 2002 yılında erken seçimler sonucu iktidara gelen AKP Hükümeti tarafından açıklanan Acil Eylem Planı ile dört ana politika başlığında

değişiklikler yapılması planlanmıştır. Bu politika başlıkları ise kamu yönetimi reformu, ekonomik dönüşüm programı, demokratikleşme ve hukuk reformu ile sosyal politikalar olarak sıralanmıştır. Sosyal politikalar başlığı altında ise gelir dağılımında adaletin sağlanması, işsizliğin önlenmesi, nitelikli eğitim, herkese sosyal güvenlik, kentleşme ve yerleşme ile sağlıklı toplum alanlarında çeşitli değişiklikler yapılacağı belirtilmiştir. Acil Eylem Planı ile sağlık sektöründe öngörülen değişiklikler; “Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılacağı; devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastanelerin tek bir çatı altında toplanacağı; hastanelerin idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacağı; sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrılacağı; genel sağlık sigortası sistemi ve kurumu kurulacağı; aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zincirinin kurulacağı; anne ve çocuk sağlığına önem verileceği; koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılacağı; özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirileceği” şeklinde belirlenerek kamuoyuna açıklanmıştır .

Diğer yandan Dünya Bankası’nın Türkiye için son yıllarda yürüttüğü sağlık politikasının içeriği, Banka tarafından Haziran 2002’de yayınlanan “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” adlı raporda ayrıntılarıyla yer almaktadır. Bu rapora göre sağlık sektöründe yapılması gereken en önemli değişiklikler ise;

- Birinci basamak sağlık sisteminin çözümü bakımından Aile Hekimliği Modeli,
- Hastaneler için piyasa ekonomisine uygun idari ve mali özerkliğe sahip Sağlık İşletmeleri,
- Sağlık sektörünün yaşadığı finansman krizinin çözümlenmesi bakımından Genel Sağlık Sigortası olarak sıralanabilir.

Bu raporda yer alan hedefler daha sonra AKP Hükümeti sağlık politikası olarak dile getirilmiştir (Pala, 2003: 74).

58.Hükümet Programı’nda sağlıkla ilgili şu tespitler yapılmıştır:

- Mevcut sağlık sistemimiz, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibariyle ihtiyaca cevap veremeyecek hale gelmiştir. Hükümetimiz, köklü

değişiklikler yaparak herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini oluşturmakta kararlıdır.

- Maalesef ülkemizde toplam nüfusumuzun ancak yüzde 81'i sağlık sigortası kapsamına alınabilmiş olup, geri kalan yüzde 19'luk bir kitlenin herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır.
- Etkin, ulaşılabilir ve kaliteli bir sağlık sistemi, nitelikli bir toplum için vazgeçilmezdir. Devlet, herkesin temel sağlık ihtiyacını, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorundadır.
- Mevcut sağlık sistemi bütün yönleriyle çağdaş gelişmelerin dışında kalmış, maliyetler sistem kaçakları nedeniyle çok artmış, sağlık hizmetleri ulaşılamaz hale gelmiş, standart birliği kalmamıştır. Sağlıklı bir nesil yetiştirebilmek için, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği bir yapıya kavuşturulması kaçınılmaz hale gelmiştir. Sosyal güvenlik kuruluşlarının, asıl yapması gereken işlerini engelleyen sağlık işleri ile uğraşması, bu kuruluşları da verimsiz hale getirmiştir.

Hükümet Programı'nda sağlık alanında yapılacaklar şu şekilde belirtilmiştir:

- Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımı kaldırılarak, hastaneler idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacaktır. Sağlık Bakanlığı, oluşturulacak bu yeni sisteme göre yeniden yapılandırılacak, sağlık sektörüne rekabet getirilecektir.
- Sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacaktır. Sağlık sigortası, uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacaktır. Nüfusun tamamını kapsayacak şekilde bir Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak, prim ödeme gücü bulunmayanların primleri devlet tarafından ödenecektir.
- Aile hekimliği uygulamasına geçilerek, sağlam bir hasta sevk zinciri sistemi kurulacaktır.
- Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde bilişim teknolojisinden azami ölçüde yararlanılacak, sağlık bilgi sistemi kurulacaktır.
- Hasta Hakları Yönetmeliği Dünya standartlarına göre yeniden düzenlenerek, hasta haklarının korunması konusundaki hukuki eksiklik giderilecektir.

18 Mart 2003 tarihinde TBMM'ne sunulan 59. Hükümet Programı'nda; mevcut sağlık sisteminin bütün yönleriyle çağdaş gelişmelerin gerisinde kaldığı; kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibariyle ihtiyaca cevap veremeyecek hale geldiği; maliyetlerin, sistem kaçakları nedeniyle çok arttığı; sağlık hizmetlerinin ulaşılamaz hale geldiği; standart birliğinin kalmadığı; sağlıklı bir nesil yetiştirebilmek için, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği bir yapıya kavuşturulmasının kaçınılmaz hale geldiği yönünde saptamalar yapılmıştır. Program'a göre devlet, herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirecektir ve sağlık hizmetleri bütünsel bir anlayışla ele alınacak, yeni bir yapılanma ve işbirliğine gidilecektir. Hükümet, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesini sosyal devlet anlayışının vazgeçilmez unsurları arasında gördüğünü ve etkin ve kaliteli bir sağlık sisteminin, nitelikli bir toplum için vazgeçilmez olduğunu da Program'a eklemiştir.

Özellikle 2003 yılından sonra ivme kazanan, sağlık politikalarında köklü değişiklikler öngören sağlık reformu çalışmaları "Sağlıkta Dönüşüm Programı" başlığı altında Türkiye gündemindeki yerini almıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Türk idari teşkilatlanmasında merkezi yönetimin yeniden düzenlenerek yetki, görev ve sorumluluklarının günün şartları ile uyumlu hale getirilmesi çabasının sağlık hizmetleri alanında nasıl yansımaları gerektiğini ifade etmektedir (Atay,2004:7).

3.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Amacı

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak belirlenmiştir (SDP, 2003: 24). Etkililik, uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastaları tedavi etmek yerine insanların hastalanmasının önlenmesi amacıyla ilgili bir ölçüt olarak görülmüştür. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin arttırılması gibi epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemeler, bu ölçüte ne kadar ulaşıldığının en somut kanıtı olacaktır. Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi olarak tanımlanmış, insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Hakkaniyet ise bütün insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkı da bulunmalarının sağlanması olarak belirtilmiştir. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kır- kent, gerekse doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması amacına hakkaniyet kapsamında yer verilmiştir.

3.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkeleri şu şekilde belirlenmiştir (SDP, 2003: 25):

- *İnsan merkezlilik:* Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.
- *Sürdürülebilirlik:* Geliştirilecek olan sistemin ülke koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- *Sürekli kalite gelişimi:* Vatandaşların sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.
- *Katılımcılık:* Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır.
- *Uzlaşmacılık:* Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.

- *Gönüllülük:* Hizmette arz veya talep eden, birey ve kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.
- *Güçler ayrılığı:* Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.
- *Desantralizasyon:* Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.
- *Hizmette rekabet:* Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

3.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

3.5.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Dönüşüm Programında Sağlık Bakanlığı, politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup; ülkenin kamu veya özel, sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. Bu anlayışın bir ürünü olmak üzere, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinden yönetim doğrultusunda yapılandırılması sağlanacak ve Bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasa'da tanımlandığı şekli ile devletin sağlık sektörünü “tek elden planlama” görevini yerine getirecektir. Bu amaç kamunun yeni liberal ekseninde yeniden yapılandırılmasına da uygundur (BSB, 2008: 228). “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı” Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak, küçük, düzenleyici

ve denetleyici bir yapıya kavuşturulmasını öngörmüştür. Tasarıya göre (HASUDER, 2007: 10):

- SB' nin taşra teşkilatı kaldırılarak hizmetler il özel idareleri sorumluluğuna verilecek;
- SB'ye bağlı kuruluşların (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi - Başkanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü) taşra teşkilatı olabilecek;
- Eğitim hastaneleri SB tarafından işletilmeye devam edecek;
- Bazı kamu hastaneleri özerk statüye geçecek, diğerleri il özel idarelerine devredilecek;
- Ulusal programlar SB tarafından yürütülecek (verem, bağışıklama, aile planlaması vb);
- İl özel idareleri sağlık kuruluşlarını belediyelere, üniversitelere, meslek kuruluşlarına ve özel sektöre devredebilecek; Bakanlık içinde strateji belirleme ve performans değerlendirme - birimi kurulacak, yıllık planlar hazırlanacaktır.

Sosyal statüsü ve bağlı olduğu sosyal güvenlik kuruluşu ne olursa olsun herkese aynı standartta, etkili, kaliteli, eşit ve ulaşılabilir sağlık hizmeti vermek amacıyla, 26.12.2003 tarihli ve 24104 sayılı Sağlık Bakanlığı ve SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımına İlişkin Protokol uygulamaya konmuştur. Böylece SSK ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ortak kullanıma açılmıştır. Bağ-Kur, Emekli Sandığı mensupları ve Yeşil Kart sahiplerinin SSK sağlık tesislerinden, SSK sağlık yardımından yararlananların da Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinden yararlanabilmesi mümkün kılınmıştır. Bu protokolle SSK mensuplarının birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanma alışkanlığının arttırıldığı ve bu suretle de daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan SSK sağlık tesislerindeki yığılmanın kısmen önüne geçildiği belirtilmiştir (SABAH, 2004). Ancak basına SSK sağlık kurumlarının iş yükünde hiçbir azalma olmadığı, poliklinik kuyruklarının kısalmadığı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yoğunluğunun daha da arttığı yönünde haberler yansımıştır. Protokolle birlikte SSK kaynaklarının Sağlık Bakanlığı'na aktarılması oldukça eleştirilmiştir. Aslında bu protokol SSK

sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilerek, SSK'nın hizmet üretmeyen sadece satın alan bir kurum haline dönüştürülmesinde bir ön adımdır. Ayrıca GSS için bir alt yapı çalışması anlamına da gelmektedir (TTB, 2004: 33).

3.5.3.1.2. SSK Sağlık Kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na Devri

Nitekim 19.01.2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun ile Sosyal Sigortalar Kurumu'nun sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. SSK'ya ait 148 hastane, 212 dispanser, 202 sağlık istasyonu, 11 ağız diş sağlığı merkezi, 1 huzurevi, 1 ilaç fabrikası ile 2 özel dal merkezi olmak üzere toplam 575 sağlık kuruluşu Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu arada yaklaşık 56 binin üzerinde SSK personeli de Sağlık Bakanlığı'na kaydırılmıştır. Türkiye'de 34 bin 450 yataklı 145 hastaneden, sağlık hizmeti almaya çalışan, ülke nüfusunun yarısını bulan 36 milyona yakın SSK'lı bu ayrıcalıklarını yitirmişlerdir. SSK bundan böyle sağlık hizmeti üreten değil sağlık hizmetini finanse eden bir kuruma dönüştürülmüştür. 5283 sayılı Kanun'un 2. Maddesine göre Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri hariç olmak üzere, bakanlıklar, bakanlıkların bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşları ile diğer kamu kurum ve kuruluşları kanun kapsamında yer almaktadır. Ancak Kanun gerekçesinde sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması gerektiği ifade edilirken yukarıda belirtilen kurumların sağlık birimleri kapsam dışında tutulmuştur. Zaten Sağlık Bakanlığı, aslında bu tesislerin tek elden idare edilemeyeceğini, Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile beraber tüm bu tesislerin yerel yönetimlere devredileceğini kamuoyuna açıklamıştır (Atalay, 2005).

SSK'nın sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devri için gerekçe olarak, Anayasanın 56.maddesindeki sağlık kuruluşlarının tek elden planlanarak hizmet sunulmasının öngörülmüş olması ile birlikte sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi halinde kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasının, kaynak israfının önlenmesinin ve uygulama birliğinin sağlanmasının mümkün hale gelmesi gösterilmiştir (İSTABİP, 2004). Bu devir görünüşte sağlık hizmetleri sunumundaki çok başlılıktan ve bunun neden olduğu farklı sunum kalitelerinden kurtulma yönünde

bir adım olması bakımından olumlu olarak değerlendirilirken, farklı noktalardan da eleştirilmiştir. Kanun; asıl görevi hastane işletmeciliği değil vatandaşların genel anlamda sağlıklarının korunması ve tedavilerinin yapılmasına yönelik tedbirler almak olan Sağlık Bakanlığı'nın yükümlülüklerini arttırarak, çok daha kalitesiz ve rekabete kapalı bir kamusal sağlık hizmeti verilmesi sonucunu getireceği gerekçesiyle eleştirilmiştir. Özel hukuk hükümlerine tabi bir kurum olarak SSK'nın devri hukuka aykırı bulunmuştur.

Sağlık tesislerinin devredildiği 20.02.2005 tarihinden itibaren Kurum, sağlık hizmetlerini satın almaya başlamıştır. Sağlık hizmeti üretmediği için maliyetleri kontrol edemeyen Kurumun, sağlık harcamaları hızla artmıştır. 5283 sayılı Kanun'un gerekçesinde ve Sağlık Bakanlığı'na yapılan açıklamalarda belirtilenlerin aksine Kurumun sağlık harcamaları 2005 Mart ayında 2005 Ocak ayına göre % 160 oranında artışla aylık 335.9 milyon YTL'den 926,4 milyon YTL'ye yükselmiştir. Hastanelerin devriyle birlikte, SSK'nın sigortalı hastalara vereceği ilaçları piyasa eczanelerinden temin etmesi, ilacın sağlık harcamaları içindeki payını % 42 oranında arttırmıştır (TÜRK-İŞ, 2006:7-9).

3.5.3.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası düşüncesi ilk kez 1946 yılında gündeme gelmiştir. Ancak bu girişim başarısızlığa uğramıştır. Daha sonra ise Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı hariç tüm kalkınma planlarında GSS'nin kurulmasına yönelik hedefler yer almıştır (Özsarı, 2005). 1968 yılında Sağlık Bakanlığı'na hazırlanan raporda 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası'nın tüm yurda yayılmasından önce tüm vatandaşların sağlık sigortası kapsamı altına alınması gerektiği belirtilmiştir. Bu amaçla 1974 yılında hazırlanan tasarı yasalaşmamıştır. Ancak 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde "Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir" hükmü yer almıştır (Yenimahalleli Yaşar, 2007: 107-108). 1990'dan itibaren iktidara gelen her hükümet tarafından farklı isimler altında GSS yasa tasarıları hazırlanmış ancak çeşitli sebeplerden dolayı yasalaşamamıştır. 2003 yılında hazırlanıp kamuoyuna sunulan Acil Eylem Planı'nda GSS'nin hayata geçirileceği duyurulmuştur. 59.Hükümet döneminde, "...nüfusun tümüne, hakkaniyete uygun ve eşit..." sağlık hizmeti yaklaşımı (Başbakanlık, 2005:

55.) ile yola çıkan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 2006 yılında kabul edilmiştir. Yürürlüğe giriş tarihi 1 Ocak 2007 olarak belirlenen Kanun'un kimi önemli maddelerinin 15 Aralık 2006 tarihinde Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi nedeniyle yürürlük tarihi ilk olarak 1 Temmuz 2007'ye, ikinci olarak da 1 Ocak 2008'de ertelenen Kanun'un iptal edilen maddeleri tekrara düzenlenerek Nisan 2008'de kanunlaştırılmıştır. 1 Ekim 2008 tarihinde uygulamaya konulan GSS'na yapılan eleştirilerin ortak noktasını; sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığının azalması, özelleşmenin önünün açılması, vatandaşlık hakkı anlayışının müşteri anlayışına dönüşmesi, sağlık hizmetlerinde rekabet gibi yeni liberal eğilimlere karşı tepkiler oluşturmaktadır (Dericioğulları Ergun ve Ergun, 2009: 85-86).

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu "Sosyal Güvenlik Reformu" adlı kitapta 5510 sayılı kanunda;

- Tüm vatandaşların sağlık güvencesi kapsamına alınması,
- Kapsama alınan kişilerin, aynı sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlandırılması ve farklı uygulamalara son verilmesi,
- Çağdaş sağlık anlayışı benimsenerek, kişilerin hasta olduktan sonraki tedavilerine ait bedellerin ödenmesinin yanında, hasta olmalarını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsama alınması, şeklinde hedeflerden bahsedilmiştir.

3.5.3.2.1. Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Tek Çatıda Toplanması

16.05.2006 tarihinde kabul edilen ve 20.05.2006 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile kamu tüzel kişiliğinin haiz, idari ve mali açıdan özerk, Sayıştay'ın denetimine tabi ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ilgili kuruluşu olarak Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur. Kurumun temel amacı; "sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve mali açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmek" olarak belirlenmiştir. Kurumun ana hizmet birimleri olarak; "Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü, Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı ile Aktüerya ve Fon Yönetimi

Daire Başkanlığı” belirlenmiştir. Kanun’la; 1945 tarih ve 4792 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile 2003 tarih ve 4947 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı Kanunu, 2003 tarih ve 4958 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, Bağ-Kur Kanunu ve Emekli Sandığı Kanunu’nun bazı maddelerinin yürürlükten kaldırılması uygun görülmüştür (madde 43). Kanun yürürlüğe girdiğinde; 4947 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı Kanunu ile kurulan Sosyal Güvenlik Kurumunun, 4958 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile kurulan Sosyal Sigortalar Kurumunun, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı’nın her türlü taşınır ve taşınmazları ile birlikte personelinin hiçbir işleme gerek kalmadan Sosyal Güvenlik Kurumu’na devredilmesi öngörülmüştür (Geçici madde1).

GSS Kanunu yürürlüğe girmeden 15.06.2007 tarihinde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çıkarılmış olan Sağlık Uygulama Tebliği, GSS’nin birçok hükmünü hayata geçirmiştir. SUT’a göre;

- SGK kamu ve özel sektörden sözleşmeler/protokoller ile hizmet satın alacak;
- Sözleşmeli üniversite hastanelerine doğrudan başvurulacak- (sevk zinciri kaldırılacak);
- Sözleşmeli özel sağlık tesislerine doğrudan başvuru yapılabilecek; sağlık tesisleri tarafından tetkik ve tahlil için dışarı sevk yapılmayıp, anlaşma yapılan özel merkezler taşeron olarak kullanılacaktır.

3.5.3.2.2. GSS Kapsamı

SSGSS Kanununun 60. Maddesine göre GSS’li sayılanlar şu şekilde belirlenmiştir: hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılan, kamu idarelerinde hizmet akdi ile çalışması öngörülmemiş olan ve hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışan sigortalılar, köy ve mahalle muhtarları, isteğe bağlı sigortalılar, sigortalı sayılmayanlardan yeşil kart verilen kişiler, vatansızlar ve sığınmacılar, 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar, şeref aylığı alanlar, vatani tertip aylığı alanlar, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlananlar, harp malulü aylığı

alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar, geçici köy korucuları, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler, sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir ve aylık bağlanmış olan kişiler, işsizlik ödeneğinden yararlananlar, bunların dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan kişiler, kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilenler (Akyıldız ve Korkmaz, 2009:287-289).

3.5.3.2.3. GSS Primi

GSS ile tüm vatandaşlar sağlık güvencesi kapsamına alınmakla birlikte, sağlık yardımlarından yararlanmak için vatandaşların prim ödemesi gerekmektedir. Kanunun 79.maddesinde yer alan "... genel sağlık sigortası için... kurum prim almak, ilgililerde prim ödemek zorundadır" ifadesiyle prim ödemeyenlerin hizmetten yararlanamayacağı belirtilmiştir. Ayrıca Kanun'un 80.maddesinde, hizmet akdiyle çalışanlar ile kamu idarelerinde çalışan sigortalıların prime esas kazançlarının hesabında, özel sağlık sigortalarına ve bireysel emeklilik sistemine ödenen ve aylık toplamı asgari ücretin % 30'unu geçmeyen özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı payları tutarlarının prime esas kazançta tabi tutulmayacağı ifade edilmiştir. Buna göre, belli bir oranın altında kalan özel sağlık sigortası ödemeleri söz konusu ise genel sağlık sigortası için ödenen prim miktarı azalacaktır. Yani, özel sağlık sigortasından yararlanmak isteyenler için prim ödeme yükümlülüğü yine de olacak; fakat indirim uygulanacaktır.

SSGSS Kanunu'nun 81.maddesinde GSS primi, tüm sigorta işkollarına tabi olanlar için % 12,5 olup; sigortalı hissesi % 5, işveren hissesi % 7,5'dir. Devlet, GSS için % 3 oranında katkı yapar. Devletin katkısı, Kurum'un ay itibarıyla tahsil ettiği GSS priminin ¼ olarak hesaplanır. Sadece sağlık sigortası kapsamındakiler ile isteğe bağlı sigortalıların sağlık prim oranı % 12'dir. Ayrıca; aile içi kişi başına düşen geliri asgari ücretin 1/3'den az vatandaşlar, İstiklal madalyası alanlar, vatani hizmet aylığı alanlar, terörle mücadele aylığı alanlar, harp malulleri, Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından bakılan çocuklar, köy korucuları ve başarılı sporcuların (Dünya, Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonları) GSS primleri devlet tarafından karşılanmaktadır.

Kanun'un 67.maddesine göre sağlık hizmetlerinden yararlanma şartı; “genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS prim ödeme gün sayısı olmalı ve prim borcu olmamalıdır” şeklinde ifade edilmiştir.

Ayrıca GSS’li sayılanların çocuklarının, ana ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşına kadar, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri sağlanmıştır (madde 61). Ayrıca Kanun’un 3. Maddesinde; “18 yaşını, lise ve dengi öğrenim veya 5.6.1986 tarihli ve 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çıraklık ve çıraklık eğitimi ile işletmelerde meslekî eğitim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın bu Kanuna göre malûl olduğu tespit edilen evli olmayan çocuklarını” genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler olarak sayılmıştır. Yüksek öğrenim görmüş, 25 yaşından büyük kız veya erkek çocukları, kendisine bakmakla yükümlü kişinin genel sağlık sigortasından faydalanamamaktadır. Bu kişiler sağlık hizmetinden faydalanmak için prim ödemek zorundadırlar.

3.5.3.2.4. GSS ile Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri

SSGSS Kanunu’nda (madde 63), önceki tasarlaklarda yer alanın aksine “ temel teminat paketi” deyimini kullanılmamakla birlikte “ finansmanı sağlanan sağlık hizmeti” başlığı ile aslında temel teminat paketi tanımlanmıştır (Özsarı, 2005). “Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanması, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri” olarak şunlara yer verilmiştir:

- Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,

- Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gerekli klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbi bakım ve tedaviler,
- Analık sebebiyle ayakta veya yatarak, hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbi sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzere yapacakları tıbbi bakım ve tedaviler,
- Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin tutarının % 50'si,
- Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının öngörölmüş bazı şartlarla yardımcı üreme yöntemi tedavileri,
- Sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliğı, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleridir.

Kanun'un 63. Maddesinde yer alan "Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, ödeme usûl ve esaslarını Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Kurum, bu amaçla komisyonlar kurabilir, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir. Komisyonların çalışma usûl ve esasları Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir" ifadesiyle Kurum'a çok geniş bir takdir yetkisi tanınmıştır.

3.5.3.2.5. GSS Katılım Payları

Kanun'un 68. ve 69. maddelerine göre iş kazası ile meslek hastalığı halleri, afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri, aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurum'ca belirlenen, "kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile organ nakilleri, kontrol muayeneleri dışında; ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri için" katkı payı alınacaktır.

Katkı payının, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için 2 YTL olarak uygulanacağı; ilaç, protez ve araç-gereçlerinin gereksiz kullanımının azaltılması, sağlık hizmetlerinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütlerin dikkate alınarak, % 10-% 20 oranları arasında olmak üzere Kurum'ca belirleneceği belirtilmiştir.

Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için belirlenen katkı payının, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde alınmamasına ya da daha düşük tutarlarda belirlenmesine de Kurum'un yetkili olduğu ayrıca ifade edilmiştir. Kurum'a katkı payı belirleme konusunda da geniş bir takdir yetkisi verildiği açıktır. Ancak, Kurum'un dayanacağı ölçütlerin büyük ölçüde subjektif nedenler olması, sigortalıların aleyhine yine belirsizlik yaratıcı bir düzenleme olarak görülmektedir.

Madde 69'da hem aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için katkı payı alınmayacağı belirtilmiş olması, hem de madde 68'de,

birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde katkı payı alınmamasından ya da daha düşük tutarlarda belirlemesinden bahsedilmesi bir çelişkinin varlığını göstermektedir. Gereksiz kullanımlar engellenmek istenirken, gerekli kullanımın da engellenmesi ve katkı payı ödeyemeyenlerin sağlık hizmetinden yararlanamaması gibi bir sakıncaya da ortam hazırlanmaktadır.

Madde 68’de, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri için ödenecek katılım payı tutarının, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgari ücretin % 75’ini geçemeyeceğı ifade edilmiştir. Katkı paylarının aile hekimleri tarafından başlatılan sevk zincirine uyulmadan, diğler basamaktaki sağlık hizmeti sunucularına doğrudan müracaat halinde % 50 oranında arttırılarak uygulanacağı, 12. geçici maddede de, sevk zincirine uyulduğu takdirde, katkı paylarının üç yıl süreyle % 50 oranında azaltılarak uygulanabileceğı belirtilmektedir. Yeşil Kart sahipleri, vatansızlar ve sığınmacılar ile 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesizlere katkı payı alınmayacak kişiler içinde yer verilmeyip; bu kişilerin *talepleri halinde* ödemiş oldukları katkı paylarının geri ödeneceğinin belirtilmesi ilginç bir noktadır. Bu kişilerin zaten talepkâr olacağı belli iken bunun ayrıca bu şekilde hükme bağlanmış olması pek mantıklı değildir. Ayrıca sağlık yardımı eşik değerin altında kalanlardan katılım payı alınmaması konusunda da bir düzenleme bulunmamaktadır.

GSS ile sağlığı bir hak olarak kabul eden, dolayısıyla da sağlığı bütüncül olarak gören ve bunu sağlayan bir sistem yerine sadece belirlenmiş sağlık hizmetleri için belirlenmiş miktarı aşmayan sağlık yardımı yapan bir sistem getirilmektedir. GSS Taslağı’nın 87. maddesinin Gerekçe kısmında yer alan “Sistemin sürdürülebilirliğı açısından GSS kapsamında sağlanacak sağlık ve sağlıkla ilişkili hizmetler ile bu hizmetlerin sağlanması için sigortalılardan alınması gereken prim miktarları arasında paralellik kurulması zorunludur. Bu kapsamda sağlanan sağlık hizmetlerinin sınırsız arttırılması ve genişletilmesi doğal olarak aktüeryal prim miktarının da yükseltilmesi sonucunu doğuracaktır” ifadesiyle kişilere yapılacak sağlık yardımlarının sınırsız olmayacağı ve bunun da toplanan prim miktarı ile paralellik göstereceğı açıkça belirtilmiştir. GSS kişilere sağlık haklarının bir gereğı olarak sağlık hizmeti sağlanmasını değil prim temelinde cüzi sağlık yardımında bulunulması ve geri kalanın da katılım payıyla tamamlanmasını sağlamak üzere oluşturulmuştur (Dericioğulları Ergun ve Ergun, 2009: 90-91).

Kullanıcı katkılarını, hakkaniyet ilkesini zedelediği için sağlık hizmetlerinde en tehlikeli özelleştirme biçimi olarak değerlendirilen görüşler bulunmaktadır. Kullanıcı katkılarının beraberinde teminat paketinin, yani sağlanan faydaların, mümkün olduğunca daraltılması riskini zamanla getirebileceği ve sosyal devlet anlayışının sürdürülebilirliğini sağlamayacağı, bu nedenle kullanıcı katkılarında muafiyetlerin çok net bir biçimde tanımlanması ve istinasız uygulanması gerektiği dile getirilmektedir (Yıldırım, 2004: 2-3). Bu bağlamda, Dünya Bankası'nın, kamu tarafından ücretsiz sağlanan sağlık hizmetlerinin kullanıcı ödentisiyle sağlanmasının verimliliği arttırdığı iddiasına rağmen; uygulamada beklenenin gerçekleşmediğinin ve hizmeti kullanma sırasında yoksulların zenginlerden daha fazla ödediğinin saptandığına (Pala, 2003) dikkat çekilmektedir.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nun, sağlanan sağlık hizmetlerinin ve ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurum'ca ödenecek bedellerini belirlerken; sağlık hizmetlerinin maliyeti, devletin sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, maliyet-etkililik ölçütleri, genel sağlık sigortası bütçesi kriterlerinin yanı sıra sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamağında dikkate alınacağı belirtilmiştir (madde 72). Buradan, sağlık hizmeti bedellerinin, her il için ayrı ayrı belirleneceği; yani muayene, ameliyat, enjeksiyon ücretinin her ilde farklı olabileceği anlamı çıkarılmaktadır (Kızılot, 2006). 2008 yılı Sağlık Uygulama Tebliği'nde yer alan "birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan muayene ile aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmaz ve katılım payı; ikinci basamak resmi sağlık kurumlarında 3 YTL, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde 4 YTL, üniversite hastanelerinde 6 YTL, özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında 10 YTL olarak uygulanır" ifadesi Danıştay'ın iptali ile 02.06.2009 tarihinden geçerli olmak üzere, "Kurumla sözleşmeli ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurumlarında hekim ve diş hekimi muayenesi için katılım payı 2 YTL olarak uygulanacaktır" şeklinde değiştirilmiştir (SGK, 2009).

18.09.2009 tarihli ve 27353 sayılı RG yayınlanan değişikliğe göre ise sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesi nedeniyle uygulanacak katılım payı tutarları şu şekilde belirlenmiştir:

- Birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerinde: 2 TL,
- İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında: 8 TL,
- Özel Sağlık Kurumlarında: 15 TL.

Birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerine ilişkin 2 TL tutarındaki katılım payı, kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir. İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için 8 TL ön görülen katılım payı;

- Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için 5 TL tutarındaki kısmı gelir ve aylıklarından, 3 TL'lik tutarı ise kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir.
- Diğer kişiler için ise 8 TL katılım payı tutarı eczanelerden tahsil edilir.

Özel sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için 15 TL'lik görülen katılım payının;

- Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları için 12 TL tutarındaki kısmı gelir ve aylıklarından, 3 TL'lik tutarı ise kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir.
- Diğer kişiler için ise 12 TL katılım payı tutarı sağlık hizmeti sunucusu tarafından, 3 TL'lik tutar ise kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir.

Ayrıca Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için ayakta tedavide sağlanan ilaçlar ve tıbbi malzeme için katılım payı % 10, diğer kişiler için bu oran % 20 şeklinde belirlenmiştir.

3.5.3.2.6. GSS ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Kanun'un 73.maddesine göre sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla sağlanacaktır. Sağlık hizmeti satın alma sözleşmelerinin hazırlanması ve akdedilmesi, sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi ve bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usul ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle

düzenlenecektir. Sağlık hizmetinin finansmanının prim ve katkı payı ile sağlanması ve sözleşme yoluyla sağlık hizmeti satın alınan sağlık hizmeti sunucusunun gerçek kişi ve kamu tüzel kişilerinin yanı sıra özel hukuk kişisi de olabileceği ifadeleri birlikte değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinde hedefin özelleştirme olduğu görülmektedir (SES,2006).

Kurum'un sağlık hizmetlerini, kamuya bağlı olsa bile fiyatlarını kendileri belirleyebilecek özerk hastanelerle özel sağlık kurumlarından alması halinde; çok ciddi bir kaynak transferi ile karşılaşılabileceği ve bu durumun kapatılması amaçlanan yeni Kurum açıklarına yol açacağı, bu açıkların da genel bütçeden karşılanması sonucunu doğuracağı ileri sürülmüştür. Kanun'la devletin, kendi sağlık kurumlarıyla yerine getirmesi gereken hizmetleri, satın almak yoluyla ticari kurumlara devrettiği, Kurum'a giderek ticari bir anlayışın egemen olması ve sonuçlarının sigortalılara sunulacak hizmetlerdeki nitelik ve nicelik bakımından olumsuz etki göstermesine neden olacağına ilişkin görüşler bulunmaktadır.

SSGSS Kanunu'nun 73.maddesinde, acil hallerde ve bu haller dışında, sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularına başvuru durumlarında sigortalının ve Kurum'un karşılayacağı gider oranlarına yer verilmiştir. Buna göre; acil hallerde sözleşmeli bir sunucuya başvurulması durumunda giderleri Kurum karşılayacak, sözleşmesiz sunucuya başvurulması durumunda ise, sigortalıya fatura karşılığı bedelin % 70'i ödenecektir. Eğer acil bir durum olmaksızın, sevk zincirine uyulmadan sözleşmeli sağlık sunucusuna başvurulursa, sağlık hizmeti bedelinin % 30'u sigortalı tarafından ödenecek; sözleşmesiz sağlık sunucusuna başvurulursa bedelin % 50'si sigortalı tarafından ödenecektir. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, acil hallerde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya Kurumdan herhangi bir fark talep edemeyecektir. Sözleşmeli sağlık sunucuları da, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için, otelcilik hizmetleri ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemeyecektir. Kanun, söz konusu farkın alınabilmesi için kişilerin fark ödemeyi kabul ettiğinin yazılı olarak belgelenmesi zorunluluğunu getirmiştir.

Ancak 08.12.2009 tarihli ve 27426 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Bakanlar Kurulu Kararı’na göre; Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dahil, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen ölçütlere göre (hizmet kalite standardı, hasta hakları, hasta ve çalışan güvenliği, hastane hizmet dilim endeksi, hastane kapasitesi, çalışan hakları ve hukuki sorumluluklar v.b.) sınıflandırılan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin en fazla % 70’ine kadar ilave ücret alabileceklerdir.

SGK özel hastaneleri sınıflandırmak için çeşitli standartlar belirlemiştir. Hastaneler; hasta haklarına verdikleri önem, yatak başına düşen hemşire sayısı, ameliyathane oda sayısı, hasta ve çalışan güvenliği gibi unsurlar dikkate alınarak puanlanacaktır. Puanı yüksek olan hastaneler, sigortalılardan % 70’e kadar fark ücreti alabilecektir. E grubu hastaneler % 30 fark ücreti alabilirken bu oran, hastanenin sınıfına göre yüzde 40, 50, 60 ve 70’ e kadar çıkabilecektir. En üst gruptaki A grubu hastaneler % 70’e kadar fark ücreti alabileceklerdir. Hastaneler yılda bir kez puanlanacaktır. Hizmet kalitesini düşüren özel hastanenin puanı kırılıp, bir alt gruba gönderilecektir. Böylece alacağı fark ücreti de düşecektir. Yeni sisteme göre hastane, çalışanlarına ne kadar yüksek maaş öderse o kadar çok puan alacaktır. Bu kriterde hastanenin çalışanları adına yatırdığı sigorta primi dikkate alınacaktır. Primini tam yatıran hastane bir üst grupta yer alarak yüksek fark ücreti alabilecektir. Hastaneler, her yıl 1 Ocak itibarıyla aldıkları hastane puanını hastaların görebilecekleri bir yere asacaklardır (Milliyet, 2009). Özel bir hastaneye giden bir hastanın tüm masraflarının 150 TL olduğunu düşünürsek; hastanın, % 30 katkı payı alındığında 45 TL, % 50 katkı payı alındığında 75 TL, % 70 katkı payı alındığında ise 105 TL ödemesi gerekecektir.

Kanun’un 77.maddesine göre, genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sağlık hizmeti sunucuları arasından, GSS ile ilgili diğer madde hükümlerine (örneğin sevk zinciri) uymak şartıyla istediğini seçme hakkına sahiptir. Ancak 2008 SUT’ da; “ Aile hekimliğine geçilen ve sevk zinciri uygulanacak iller listesinde belirtilen illerde 01.11.2008 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına yapılmasının zorunlu olduğu; acil haller dışında aile hekimliğinden

sevk alınmaksızın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatlara ilişkin giderlerin Kurumca ödenmeyeceği” ifade edilmiştir. Yapılan bu değişiklik ile Denizli, Isparta ve Gümüşhane’de 01.11.2008 tarihinde sevk zinciri başlatılmıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçilen diğer illerde ise sevk zinciri uygulamasının 01.01.2009 tarihinde başlatılacağı belirtilmiş, ancak daha sonra sevk zinciri uygulaması 01.07.2009 tarihine ertelenmiştir (Hürriyet, 2009). SGK tarafından yapılan açıklamada özetle; “ halen 33 ilde aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olduğu, 2010 yıl sonuna kadar bütün ülkede uygulamanın başlatılmasının planlandığı; mevcut durumda ülkemizdeki hekim sayısının AB ve OECD ülkeleri ile kıyaslandığında çok yetersiz olduğu, bu durumun sevk zinciri uygulaması başlatılacak illerin daha fazla hekim verilmek suretiyle desteklenmesini imkânsız kıldığını; ayrıca mevzuat düzenlemelerinin henüz tamamlanmaması nedeniyle” aile hekimliğine geçilen illerde zorunlu sevk uygulamasının ertelendiği ifade edilmiştir (Sağlık Aktüel, 2009).

GSS’nin Türkiye’de uygulanabilmesinin mümkün olmadığını savunanlar tarafından bunun nedenleri olarak; “SSK ve Bağ-Kur’dan düzenli prim toplamada çekilen zorluklar, yüksek işsizlik oranı, kayıt-dışı istihdam, kendi hesabına çalışanlar ile tarım kesiminde çalışanların kayıt altına alınmasındaki güçlükler, güvenilir bir veri-kayıt sisteminin bulunmayışı, gelir dağılımındaki adaletsizlik, tarım işçisinin çokluğu, sağlıkla ilgili sosyal güvencesi olmayan nüfus oranının yüksekliği” gösterilmiştir (Pala, 2003). GSS uygulamasının sakıncaları ise şu şekilde sıralanmaktadır:

- Kırsal kesimden de prim toplanmasına rağmen yatırımların ağırlıklı olarak kentsel kesime yapılması,
- İleri teknoloji kullanımının teşvik edilmesi,
- Tedavi edici hizmetlerin koruyucu sağlık hizmetlerinin önüne geçmesi,
- Yeni sigortalanacak kesimin doğuracağı ek masraflar,
- Yönetmelik maliyetlerin artması ve GSS’nin hizmet satın almaya dayalı bir sistem olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin pahalılaşması ve bu durumun hem vatandaşın cebinden fazla para çıkmasına hem de devletin bütçeden ayırdığı payın artmasına yol açması,
- Primini ödeyemeyenin hizmetten yararlanamayacak olması,

- Kayıt-dışı ekonomi yok edilmeden, prim toplamaya dayalı bir sağlık sigortası sistemine geçmenin, primin yalnızca geliri bilinen kişilerden toplanmasına yol açması ve bunun da hem gelir dağılımını daha çok bozması hem de sağlıkta eşitsizlikleri artırması

GSS Kanunu, tüm nüfusu sağlık güvencesi şemsiyesi altına alma ve finansmanda adalet iddiasıyla gündeme getirilmiş olmasına rağmen, temel mantığı itibariyle sağlık hizmetleri ile finansmanın birbirinden ayrılması ve temel teminat paketinin dar tutularak, yurttaşları hizmetler karşılığında ek ödeme yapmaya veya özel sağlık sigortalarına yönlendirmeye dayanmaktadır (BSB, 2008: 229).

3.5.3.3. Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

3.5.3.3.1. Sözleşmeli Personel İstihdamı

Ülkemizde sağlık insan gücü ile ilgili önemli sorunlar bulunmaktadır. Hekim dışı sağlık personeli sayısındaki büyük yetersizlik, sağlık personelinin bölgelere ve kıır-kente göre dağılımının dengesizlikler göstermesi, iş güvencesi, ücretlendirilme ve diğer özlük haklar konusundaki uçurumlar bu sorunlar arasında ön plana çıkmaktadır. 2007 verilerinde göre 10.000 nüfus başına düşen doktor sayısı Türkiye’de 14.9 iken AB ülkelerinde 31.8; hemşire sayısı ise sırasıyla 12.2 ve 67.9’dur (SB, 2007:5).

Tablo 14: Türkiye Sağlık Personeli 1995-2007.

Yıl	Hekim	Uzman Hekim	Prat. Hekim*	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
1995	69349	29846	39503	11717	19090	39342	64243	39551
1996	70947	31126	39821	12406	19861	39075	64526	38945
1997	73609	32511	41148	12737	20557	39658	67265	40230
1998	77344	34189	43155	13421	21441	41461	69146	41059
1999	81988	36854	45134	14226	22065	43032	70270	41271
2000	85117	38064	47053	16002	23266	46528	71612	41590
2001	90757	41907	48850	15866	22922	45560	75879	41158
2002	95190	43660	51530	17108	22322	49324	79059	41513
2003	97763	46563	51200	18073	23632	50432	82246	41273
2004	104226	53344	50882	18363	24615	57723	82616	42649
2005	107347	56645	50702	18834	21409	59313	83926	43438
2006*	97796	50063	47733	4069**	1133	43721**	80068	42205
2007*	98634	50422	48212	4070**	1117	44221**	81106	43065

* asistan hekimler dahildir.

** 2006 ve 2007 yılı rakamları SBPGM Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı, Aktif Çalışan Personel Sayısı çalışmasına ilişkin verilerdir. TSK, Kızılay, Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, SB Merkez Teşkilatında kadrolu olarak çalışan personel ve diğer Bakanlık ve vakıflarda görev yapan sağlık personeline ilişkin veriler dahil değildir.

*** Diş hekimi, eczacı ve sağlık memuru 2006 ve 2007 verileri sadece SB çalışan personel sayısını göstermektedir, üniversitelerde ve özel sektörde çalışan personele ilişkin verileri kapsamamaktadır.

Kaynak: SB, 2007, 216

2003 yılında 4924 sayılı Kanun uyarınca eleman temininde günlük çekilen yerlerde sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması uygulamasının başlatılması ile kamu sağlık sektöründe iş güvencesi ortadan kalkmıştır. Kısaca “çakılı kadro kanunu” olarak anılan Kanun, mecburi hizmet uygulamasına alternatif olarak çıkarılmıştır. Emsal sağlık personelinin daha yüksek ücret alan sözleşmeli sağlık personeli uygulamasının başlangıçta sadece doğu ve güneydoğu illeri için uygulanacağı açıklansa da, ülke genelinde uygulanabilecek şekilde kanunlaşan uygulama, mecburi hizmet için alternatif olamamış, 2005 yılında mecburi hizmet uygulaması tekrar geri gelmiş ve böylece sözleşmeli sağlık personeline kapı açan düzenleme de yürürlüğe girmiştir (Hamzaoglu ve Yavuz, 2006: 283-284). Bu düzenleme ile daha önce destek hizmetlerinde sözleşmeli çalışan personelin yanı sıra, tıbbi hizmetlerde çalışanlar da yaygın olarak sözleşmeli çalışmaya başlamıştır. 2006 yılı verilerine göre 247’si uzman hekim, 2.080’i pratisyen hekim ve 13.524’ü diğer sağlık personeli olmak üzere toplam 15 851 sağlık personeli sözleşmeli olarak çalışmaktadır (SB, 2007b: 217). Aile hekimlerinin de sözleşmeli kapsamda çalıştığı dikkate alındığında, 2 542 aile hekimi ile kamuda sözleşmeli statüde çalışan hekim sayısı yaklaşık 5.000’e ulaşmaktadır (TTB, 2007: 46). Ayrıca kamuda istihdam olanaklarının daralması sağlık personelinin özel sektörde çalışmaya zorlamaktadır. 2007 yılı verilerine göre 50.732 uzman doktorun yalnızca yüzde 48’i, 29.923 pratisyen hekimin yüzde 88’i, 18.014 asistanın yüzde 42’si, 80.836 hemşirenin yüzde 75’i kamuda çalışmaktadır (SB,2007a: 4). Özel sektörde istihdamın artışı ile birlikte, tam zamanlı istihdam yerine esnek çalışma biçimleri ağırlık kazanmaya başlamıştır.

3.5.3.3.2. Performansa Dayalı Ödeme

Dünya genelinde yaşanan ekonomik ve sosyal gelişmeler birçok yapıyı derinden etkilemiş, devlet ve devletin fonksiyonları sürekli değişmiş ya da değişmeye zorlanmış ve yönetim kavramı köklü değişimlere uğramıştır (Güloğlu ve Korkmaz, 2006: 812). Yaşanan hızlı değişim ve dönüşümün etkileri kamu sektöründe etkinlik, etkililik ve verimlilik şeklinde olmuştur. Etkinlik, etkililik ve verimliliği sağlayabilmek için insan kaynaklarından doğru bir şekilde faydalanmak ön plana çıkmıştır. İnsan kaynaklarını iyi bir şekilde yönetmenin başlıca yollarından

biri de performans yönetimi olarak düşünülmüş ve uygulamaya konmuştur. Kamu yönetimi alanında performans uygulamalarına ilk başlayan kurumlardan biri Sağlık Bakanlığı olmuştur (Kılıç, 2007: 307-308). Sağlık hizmetlerini toplumun bütün bireylerinin taleplerine karşılık verebilecek bir niceliğe ulaştırmak, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve kaliteli olarak sunulabilmesini sağlamak ve daha iyi sağlık çıktısı elde etmek için performans değerlendirmesi ve performansa göre ödeme yöntemleri kullanılmaktadır (Aydın, 2007: 252-253, 264-265).

Sistemle ilgili ilk çalışmalar 2003 yılının başlarında sağlıkta dönüşüm programının uygulamaya konulması ile başlamış, pilot uygulamaların ardından 2004 yılının başlarında bakanlığa bağlı tüm sağlık kurumlarında uygulanmaya başlanmıştır. İlk zamanlar daha ziyade bireysel ve niceliksel performans kriterlerinin bulunduğu sisteme 2005 yılında “kurumsal performans kriterleri” de eklenmiştir. Performansa dayalı ödeme sistemi; Sağlık Bakanlığı personelinin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, gerçekleştirdiği muayene türü ve sayısı, ameliyat, anestezi, özellik arz eden riskli kısımlarda çalışma gibi unsurlar esas alınarak ek ödeme yapılması esas ve usullerini düzenleyen bir sistemdir. Performansa dayalı ödeme sistemi, dinamik bir uygulama olup uygulamanın başladığı günden bu yana bakanlığın stratejik hedeflerine göre sürekli yenilenmektedir (Çevik vd, 2008: 118; Demir, 2007: 279- 289).

Performansa dayalı ödeme sistemi, Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurumlarında uygulanmaktadır. 2005 yılının başında SSK’ya ait sağlık tesislerinin ve personelinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesiyle birlikte performans uygulaması, sağlık sistemimizin yaklaşık %90’ında uygulanır hale gelmiştir. Bunun yanı sıra yapılan kanuni düzenleme ile tıp fakültelerinde de benzer bir sistemin uygulanmasının önü açılmıştır (Demir, 2007: 281). Sistemin temel unsurlarından biri, sağlık kurumlarında gerçekleştirilen yaklaşık 5300 tıbbi işlemin bağıl değerlerinin tespit edilerek puanlandırılmasıdır. Sistemin devlet hastanelerinde uygulanan modelinde, doktorların her ay yapmış oldukları işlemlerin puanları toplamı, ilgili doktorun o ayki bireysel performansını oluşturmaktadır. Kurumun belli bir dönemdeki performans puan ortalaması ise, kurumda çalışan tüm hekimlerin o dönem içinde çalıştıkları günlerdeki performans puanlarının aritmetik ortalamasıdır (Çevik vd, 2008: 118).

Personelin performanslarına dayalı olarak almaya hak kazandıkları ek ödeme miktarları, performans puanlarının her ay tespit edilen dönem ek ödeme katsayısı ile çarpılması sonucunda belirlenmektedir. Dönem ek ödeme katsayısı, döner sermaye komisyonunca o dönem dağıtılmasına karar verilen tutarın bütün personelin net performans puanlarının toplamına bölünmesi ile saptanmaktadır (Demir, 2007: 285).

Performansa dayalı ödeme, sunucu ücretlendirmesi konusundaki geleneksel düşüncelerden önemli ölçüde farklılıklar göstermektedir. Önceleri sağlık hizmetlerinde hizmeti sunan kişinin ücretlendirmesi bakım sürecine göre yapılmakta ve hastalara sunulan spesifik hizmetler ve prosedürler etkili olmaktadır. Bu süreçte, tıbbi gereklilik ve etkililik ile ilgili bazı sorunlar göz önünde bulundurulmakta, ancak ödemeler hasta için yapılanlara bağlı olarak belirlenmekteydi. Performansa göre ödemenin amacı ise; çıktıyı iyileştirmek olup, ödemenin tedavinin hasta için ne yaptığına bakılarak belirlenmesidir. Performansa dayalı ödeme yönteminde, daha iyi sonuçlar elde ederek hastaları için daha fazla şey yapan hekimlere ödeme yapılması söz konusudur (Çelik, 2007: 194-195).

3.5.3.4. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri: Özerk Hastaneler

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, “ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin biçimde sunulmasını sağlamak amacıyla” 2007 yılında “Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” TBMM’ye sunulmuştur.

Tasarı; “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı” ile “Sağlık Kanunu Tasarısı” kapsamında gündeme getirilmiş, ancak kanunlaşmamış olan hastanelerin özerkleştirilmesi, işletmeleştirilmesi ve nihayetinde özelleştirilmesi gibi düzenlemeleri de yeniden gündeme getirmektedir. Nitekim hastanelerin özelleştirilmesi ile Sağlık Bakanlığı, kamu sağlık hizmeti sunmaktan arındırılmış ve politika belirleme, piyasayı kontrol edip düzenleme gibi asli görevlerine kavuşturulmuş olacaktır. Tasarı, Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını “kamu tüzel kişiliğine sahip” ve “özerk” “kamu hastane birlikleri” çatısı altında yeniden örgütlendirmektedir. Birlikler Bakanlığın “ilgili kuruluşu” statüsüne indirilmekte ve özel hukuk

hükümlerine tabi tutulmaktadır. Birliklerin finansmanı için Hazine katkısı “gerekli görülen durumlarda”, “yardım” şeklinde öngörülerek, “dışsal” ve “olağandışı” bir gelir olarak adlandırılmaktadır. Böylece kamu sağlık hizmeti anlayışı, “yarı kamusal, yarı kâr amaçlı” bir hizmet anlayışı ile yer değiştirmektedir (Ataay, 2007: 15).

Tasarı; Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesini ve hastanelerin şimdiki yönetim yapısından farklı olarak, “finansal yeterliliği de göz önünde bulundurulmuş” kişiler tarafından yönetilen, özerk bütçeli, “otelcilik hizmeti” veren işletmeler haline getirilmesini öngörmektedir (Sağlık Aktüel, 2007). Hastane birliklerinin en üst karar organı yönetim kurulu olacaktır. İşletmeleştirilecek hastanelerde olduğu gibi, hastane birliklerinin yönetim kurulunda da hekimler azınlıkta olacak ve sermaye yönetime girecektir. Yönetim kurulu; “il genel meclisi tarafından belirlenen bir hukukçu ve bir mali müşavir üye, valilik tarafından belirlenen işletme veya kamu yönetimi alanında öğrenim görmüş bir üye, bakanlıkça belirlenen tıp öğrenimi görmüş bir üye ve sağlık yöneticiliğinde tecrübe sahibi bir üye, ildeki ticaret ve sanayi odası tarafından belirlenen bir üye ile il sağlık müdürü veya vekilinden” oluşacaktır. Yönetim kurullarının ana görevleri, “yıllık performans programı hazırlamak ve birlik bölgesinde hizmetlerin etkin, kolay ulaşılabilir, verimli ve halkın ihtiyaçlarına uygun şekilde yürütülmesini sağlamak” olacaktır (Bakır, 2007).

Tasarıya göre Hastane Birliklerinin özel bütçesi olacak ve her hastane birliği kendi gelirleriyle ayakta duracaktır. Böylece hastane birliklerinin sunduğu hizmetlerin paralı hale getirilmesi de mümkün olacaktır. Her türlü muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil, ameliyat ve benzeri sağlık hizmetleri karşılığında elde edilen gelirlerin yanı sıra, üretilip satışa sunulacak olan ilk madde, malzeme, mamul aşı, serum, protez ve benzerleri de gelir kalemleri arasında yer alacaktır. Birlik adına kayıtlı ve tahsisli taşınmazlar da başka bir gelir kaynağını oluşturacaktır. İlaç, insan kanı ve kan ürünlerinin satışı ile de gelir kaydedilebilecektir. Hastanelerin birlik çatısı altında toplanması vatandaşın yanı sıra sağlık emekçilerinin de başını ağrıtabilir. Sözleşmeli istihdam modelinin esas alınacağı birliklerde, ilk etapta 6 bin 820 sözleşmeli pozisyon oluşturulacak, devlet memurluğundan sözleşmeli statüye geçiş de teşvik edilecektir. Tasarı ile “norm kadro” benzeri bir uygulama da gündeme gelecektir (Ataay, 2007b).

3.5.3.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Cumhuriyetin ilk yıllarında kurulan fakat zamanla sadece yasalarda varlığını sürdüren Hıfzıssıhha Mektebi'nin çağdaş bir anlayışla ve günümüzün ihtiyaçlarına cevap verecek tarzda yeniden canlandırılması, bu çalışmalara esas teşkil etmektedir. SB bünyesinde yer alan bu kuruluşun tam özerkliğe sahip olabilecek şekilde yeniden yapılandırılması düşünülmektedir. 1982 yılına kadar faaliyetlerini sürdürmüş olan Hıfzıssıhha Mektebi, 2003 yılı Mayıs ayında tekrar açılarak faaliyetlerine başlamıştır. Farklı alanlarda çok değişik eğitim yapısından personele sahip olan Hıfzıssıhha Mektebi, eğitim, araştırma ve danışmanlık hizmetlerinin yanı sıra çeşitli yayınlarıyla da sağlık sistemine destek vermektedir. Hıfzıssıhha Mektebi; akılcı ilaç kullanımı, farmakoterapi ve farmakoekonomi eğitimleri, sağlık ekonomisi ve finansmanı, ulusal sağlık harcamaları ve halk sağlığına yönelik araştırma ve raporlar, orta ve üst düzey yöneticiler ile teknik personele yönelik flagship sağlık politikaları seminerleri, sağlık yöneticilerine yönelik internet temelli uzaktan eğitim projesi gibi birçok alanda faaliyetlerini sürdürmektedir. Sağlık yöneticilerine verilen eğitimlerin, yöneticilerin işlerini aksatmadan, daha fazla kişiye daha kısa sürede ulaşarak ve maddi açıdan daha ekonomik bir yolla yapılabilmesi amacı ile internete dayalı uzaktan eğitim sistemi ile verilmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla oluşturulan Hıfzıssıhha Mektebi-Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi (HM-USES) ile öncelikle Bakanlık ve Müdürlük personeline yönelik pilot eğitimler yapılmıştır. Bu kapsamda verilen ilk pilot eğitim 1 Kasım 2006 tarihinde açılmış olup sisteme 354 kişi kayıt yaptırmıştır. HM-USES pilot eğitimlerinin sonrasında il sağlık müdürleri, müdür yardımcıları ve hastane başhekimleriyle hastane müdürlerinin katıldığı “Temel Yönetim Becerileri Eğitimi” 5 Şubat 2007 tarihinde başlatılmıştır. Bu eğitim toplam 2000 kişiye verilmiştir (SB,2007b: 279-280).

3.5.3.6. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma: Ulusal Cihaz Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu

İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, üretimi, tanıtımı, piyasa gözetimi, araştırma-geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda destekleyici olmak üzere “Ulusal İlaç Kurumu” kurulacaktır. Tıbbi cihaz ve aletlerin etkin ve güvenli kullanımını, ilgili tüm taraflar arasındaki karmaşık ilişkilerin düzenlenmesini

ve izlenmesini sağlamak amacıyla “Tıbbi Cihaz Kurumu” kurulacaktır. Hem Ulusal İlaç Kurumu hem de Tıbbi Cihaz Kurumu’na yönelik çalışmalar süratle devam etmektedir. Her iki kurumun aynı çatı altında ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu adıyla kurulmasını öngören kanun tasarısı taslağı, SB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanmış, alınan dış görüşlerin değerlendirilmesinden sonra, TBMM’de görüşülmek üzere 16.02.2007 tarihinde Başbakanlığa gönderilmiştir (SB, 2007b: 272-273).

3.5.3.7 Güçlendirilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmeti: Aile Hekimliği Modeli

Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması ya da dönüştürülmesi sürecinde sağlık alanında yapılması amaçlanan dönüşüm, kamuoyuna 2003 yılının Haziran ayında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak açıklanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ilkeleri; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet şeklinde sıralanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sayılan ilkelerine bakıldığında, programın 1980’lerden sonra gündeme gelen yeni kamu yönetimi anlayışının izlerini taşıdığı söylenebilir. Özellikle güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet gibi ilkeler yeni kamu yönetimi anlayışı tarafından sıklıkla gündeme getirilen ilkelerin birer yansıması olarak değerlendirilebilir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uluslararası kuruluşlarca ortaya konulan deneyimleri de dikkate alarak hazırlanmış olması, bu uygulamanın yeni kamu yönetimi anlayışına paralellik göstermesinin altyapısını oluşturmuştur (Balcı, 2005: 58-59).

Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir ve herkes tarafından faydalanılabilir olmasını sağlamanın yolu olarak; tüm ülkelerce birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek olarak belirlenmiştir. Bu yolla kişilerin yaşam kalitelerinin ve sağlık standartlarının artırılması hedeflenmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hedefleri ise sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunumunun temin edilmesi olarak belirlenmiştir. Bu hedeflere ulaşabilmek için;

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi, yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir bir şekilde sunulması,
- Herkesin kendisinin seçebileceği ve kolayca ulaşabileceği bir aile hekiminin olması,
- Koruyucu hekimlik uygulamaları ile insanların hasta olmalarının önlenmesi,
- İnsan kaynaklarının uygun dağılımı,
- Malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı ve sağlık işletmeciliği,
- Farklı sosyal gruplar, kır-kent ve doğu-batı arasında hizmete ulaşım ve sağlık göstergeleri arasındaki farkları azaltmak, amaçlanmıştır (Kılıç, 2007: 321; Balcı, 2005: 59-60).

Sağlıkta Dönüşüm Programı; sağlık alanında Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi uluslararası kuruluşların program ve ilkeleri ile uyumlu olarak yeni liberal anlayış temelinde yapılmak istenen düzenlemelerin genel adıdır. Programın ana hatlarını oluşturan genel sağlık sigortası ile “birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocaklarının yerine aile hekimliği sistemine geçilmesi ve bu sistemde tüm sağlık çalışanlarının sözleşmeli personel olarak istihdam edilmesi” şeklinde bir uygulama hayata geçirilmektedir (Özdemir ve Yücesan Özdemir, 2006: 49; Hamzaoglu, 2006: 61; Akkaya ve Demircioğlu, 2007: 540).

Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak, herkes tarafından faydalanabilmeyi sağlamak ve sağlık standartlarını arttırmak hedeflenmektedir. Bu hedeflere ulaşılabilmesi için kullanılan yöntemlerden biri de aile hekimliği performans yönetimi uygulaması olmuştur (Kılıç, 2007: 323). Bu bağlamda performans kriterleri olarak; “bağışıklama, gebe-loğusa ve bebek izlemi” belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerini toplumun bütün bireylerinin taleplerine karşılık verebilecek bir niceliğe ulaştırmak, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve kaliteli olarak sunulabilmesini sağlamak ve daha iyi sağlık çıktısı elde etmek için performans değerlendirmesi ve performansa göre ödeme yöntemleri kullanılmaktadır (Aydın, 2007: 252-253, 264-265). Aile hekimlerinin performansları, bir önceki ayda vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri oranına göre, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi adlı bir bilgisayar programı tarafından hesaplanmaktadır. Aile hekimliği performans

yönetimi uygulamasında ölçülebilirliğin sağlanması ve kolay hesaplama yapılabilmesi için her performans kriteri için ayrı ayrı hesaplama formülü geliştirilmiştir. Hesaplama sonuçlarına göre beklenen performansın altında başarı gösteren hekimlerin maaşından belirli oranlarda kesintiler yapılmaktadır. Burada bilinen performans uygulamalarından farklı bir durum söz konusudur. Gösterilen performansa göre ilave bir ücret verilmesi yerine, önceden verilmiş olan bir ücret üzerinden kesinti yapılmaktadır (Kılıç, 2007: 324, 339).

Çalışmanın bu bölümünde birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm ve bu doğrultuda hayata geçirilen aile hekimliği modeli ele alınmaktadır. Bu kapsamda hem uygulamada yapılan değişiklikler hem de sağlık personelinin iş süreçlerinde ortaya çıkan değişiklikler ilgili yasa ve yönetmelikler çerçevesinde incelenmektedir.

3.5.3.7.1. Aile Hekimliği Nedir?

Aile hekimliği uygulaması yabancı ülke örneklerinde “aile hekimliği modeli” ya da “aile hekimliği sistemi” olarak iki şekilde ifade edilmektedir. Aile hekimliği bir model olarak ele alındığında aile hekimliği uzmanlığına dayanır. Bu durumda hasta bireyle ilk karşılaşan hekim olarak, sadece aile hekimi uzmanları görev alabilmektedir. Aile hekimliği, ulusal bir sağlık sistemi olarak düzenlendiğinde ise; sağlık sisteminin bileşenleri olan finansman, örgütlenme, yasal düzenleme ve insan gücü ile bağlantılı olarak değerlendirilmekte ve sistem içinde artık aile hekimi uzmanlığı temel olarak alınmamaktadır. Sisteme uyum gösteren ve kabul eden her hekim, aile hekimi olabilmektedir. Yani aile hekimi bir pediatrist, kardiyolog, dermatolog, psikiyatrist ya da pratisyen hekim olabilir. Ülkemizde önerilen ve hayata geçirilmeye başlanan yapı da aile hekimliğini bir sistem olarak ele almaktadır (Aksakoğlu vd. 2003: 254). Yani ülkemizde, birinci basamak deneyimi olsun olmasın aile hekimi olabilmek için tıp fakültesi mezunu olmak yeterli sayılmakta ya da hekimler başka bir alanda uzman olsalar bile aile hekimi olabilmektedirler. Bu çerçevede aile hekimliği uyun eğitimi almış olmak yeterli bulunmaktadır.

Aile hekimliği, kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelmiş, akademik ve bilimsel bir disiplin ve klinik uzmanlık dalıdır (Aydın vd., 2004: 44). Aile hekimi ise

kendisine bağılı belli bir popülasyona yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan kişisel, kesintisiz, bütüncül birinci basamak sağıık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra konusunda en az 2 yıl eğitim görmüş tıp doktorudur (Çağlayaner, 1995: 19). Aile Hekimliği ve Genel Pratisyenlik terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde ise pratisyen hekim kavramı, tıp fakültesinden sonra uzmanlık eğitimi almamış hekim için kullanılmaktadır. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin 1995 tarihli "Avrupa'da Genel Pratisyenlik/ Aile Hekimliği Rehberi" adlı dokümanında da bu konuya işaret edilmiştir. Bu dokümanda Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenliğin özellikleri şu şekilde sıralanmıştır:

- Yaş, cinsiyet, sosyal sınıf, ırk veya dine bağımlı olmaksızın herkesi kapsaması,
- Kolay ulaşılabilir olması,
- Tedavi ve rehabilitasyonun yanında sağıığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesini de içeren entegre bir uygulama olması,
- Hastalığın bir devresi ile sınırlı kalmayıp, bireyin sağııklı dönemleri dâhil tüm yaşamını kapsamayı, yani sürekli bir hizmet olması,
- Bir ekip çalışması gerektirmesi,
- Bireylerin, aileler ve toplumun sağıık sorunlarını, fiziksel, psikolojik ve sosyal açılardan değerlendirmesi,
- Hastalık merkezli olmaktan çok, birey merkezli olması,
- Aile yönelimli olması,
- Toplum yönelimli olması ve kişiyi sosyal çevresi ile içinde bulunduğu toplum ve o toplumun sağıık sorunları bütününde değerlendirmesi,
- Bireylerin başka bir uzman hekime sevki söz konusu olduğunda koordinatör görevi üstlenerek hasta için en uygun koşulları sağlaması,
- Her zaman hastanın yanında ve tarafında olması; tüm hasta- hekim ilişkilerinde gizlilik koşullarına uyulmasıdır.

3.5.3.7.2. Ülkemizde Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Gelişimi

Aile hekimliği kavramı, Türkiye'de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970'li yılların ortalarında tartışılmaya başlamış ve o dönemde genel olarak sağıık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri ise genel kabul görmemiştir. Türkiye'de Alma-Ata Deklarasyonu çerçevesinde,

1980’li yıllarda birinci basamağı güçlendirme çabaları başlamış ve birinci basamakta gereksinim duyulan yeni tipte uzman yetiştirilmesi amacıyla aile hekimi uzmanlık eğitimi uygulamaya girmiştir (Algın vd., 2005: 2). Ülkemizde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise, ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır. 16 Temmuz 1993 tarihinde YÖK 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulmasını uygun görmüştür (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004: 33-34.).

Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına ilişkin tartışmanın başlangıcı; SB’nin 1992’de gerçekleştirdiği I.Ulusal Sağlık Kongresi’nde reform önerilerini kamunun gündemine sunduğu döneme denk düşmektedir (Algın vd., 2004: 252). Bu amaçla Dünya Bankası ile imzalanan Temel Sağlık Hizmetleri Projesi, 17 Aralık 1997 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Proje ile 14.500.000 Dolarlık bir fon sağlanmıştır. Projenin alt başlıklarında; aile hekimliği ve sevk sisteminin oluşturulması için teknik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin sağlanması, eğitim ihtiyaçları ve programlarının saptanması, aile hekimliği uygulamalarına destek sağlamak için proje illerinde seçilen kamu sağlığı merkezlerinin iyileştirilmesi, yer almaktadır. Ayrıca bu merkezlerde bilgisayar sisteminin kurulması da projenin temel amaçlarından biri olarak belirlenmiştir (Kutbay,2002: 35). Bu çerçevede Mayıs 1996-Kasım 1998 tarihleri arasında sekiz adet kanun tasarı taslağı hazırlanmıştır (Korukluoğlu ve Kasım, 2004: 3). Bu projeyle Eskişehir ve Bilecik’te AH pilot uygulaması başlatılmış, ancak uygulama 2 yıl içinde başarısız olmuş ve 1999 depremleri sebep gösterilerek uygulamadan vazgeçilmiştir (İlgar, 2006: 89). 55. Hükümet Döneminde ise; 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” çıkarılmıştır. Kanunun amacı; “Sağlık Bakanlığı’nın pilot olarak belirleyeceği illerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla AH hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve mali hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir” şeklinde belirtilmektedir. Bu kapsamda; Düzce, 03.01.2005 tarihinde pilot il olarak

seçilmiştir. Aile hekimliği uygulamasına yönelik olarak çıkartılan yönetmelik/yönergelerin ana hatları şu şekilde sıralanabilir (Öztek, 2006: 2-3):

- Sistemin temel birimi aile sağlığı merkezidir; bu birim bir aile hekimi ile bir aile sağlığı elemanından oluşmaktadır; ülkede yaşayan herkes, bir aile hekimini seçecektir; ailedeki her birey farklı bir hekimi seçebilir.
- Kent merkezinde yaşayanların hekim seçme özgürlükleri olacaktır, fakat kırsal bölgelerde oturanlar hekimlerini seçemeyeceklerdir. İl Sağlık Müdürlüğü, her köyü en yakın ve listesinde yeterli kişi kayıtlı olmayan bir aile hekimine bağlayacak ve köy halkı o hekimden hizmet alacaktır.
- Bir aile hekimine en az 1000, en çok 4000 kişi kayıt olabilecektir.
- Kişilerin hekim seçme özgürlüklerine karşılık hekimlerin hasta seçme özgürlükleri olacaktır. Yani bir hekim listesine girmek isteyen bir kişiyi kabul etmeme hakkına sahip olacaktır.
- Özel statüde çalışan hekimler de kamu hekimleri de aile hekimi olabilecektir.
- Özel statüdeki aile hekimleri, uygun bir yer bulamazlarsa, sağlık ocağı içinde de hizmet verebileceklerdir. Bu durumda hekimler kira ödeyecektir.
- Aile hekimi olarak çalışmak isteyen pratisyen hekimlere, aile hekimliği uyum eğitim verilecek ve bu kişilere aile hekimi denilecektir.
- Her ilçede bir toplum sağlığı merkezi kurulacaktır. Bu merkez, ilçe sağlık idaresi gibi çalışacak, ayrıca çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile gıda kontrol hizmetlerini yerine getirecek, merkezi laboratuvar görevini üstlenecek ve bölge dışından gelen hastaların muayenelerini yapacaktır.
- Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumlu olacaktır ve yalnızca kendi listelerinde kayıtlı bulunan kişilere hizmet vereceklerdir. Sisteme yönelik olarak yapılan ilk açıklamalarda; “aile hekimlerinden sevk edilmeden doğrudan hastanelere başvuran hastaların (aciller hariç) masraflarının sigortalar tarafından karşılanmayacağı” ifadesi kullanılmıştır. Ancak daha sonra yapılan açıklama ve uygulamalarda bu ilkedan vazgeçildiği görülmektedir. Aile hekimlerinin sevk etmediği hastalar da ikinci basamağa

(özel ya da kamu) doğrudan başvurabilmektedirler. Bir diğer ifade ile sevk zinciri uygulaması henüz hayata geçirilmemiştir.

- Aile hekimlerinin hastalara yapacakları müdahaleler kendi eğitimlerine göre farklı olacaktır. Yani aile hekimlerinin görevleri standart değildir ve kendi eğitimlerine göre farklılık gösterir. Aile hekimi olarak çalışan bir pratisyen hekim ile aile hekimliği uzmanı ya da başka dalda uzman olduğu halde aile hekimi olarak çalışmayı tercih eden hekimlerin tıbbi yetkileri farklı olacaktır.
- Aile hekimleri ecza dolabı çalıştırabilecek, ev ziyaretleri yapacak ve kendilerine bağlı köylerde mobil hizmet verecektir.
- İkinci basamak olarak kabul edilen kuruluşlar; her türlü hastaneler olabileceği gibi tıp merkezi, özel hastane ve özel uzman hekim muayenehanesi gibi yerler de olabilecektir. Bu yerlerin standartları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecektir. Bu koşullara uyan yerler il yetkilileri ile sözleşme imzalayacaktır. Standartları koruyamayan yerlerin sözleşmelerine son verilecektir.
- Pilot kanuna bağlı olarak çıkartılan yönetmeliklere göre bir aile hekimine çalıştığı bölgeye, uzmanlık dalına ve kendisine bağlı kişi sayısına göre 3500-11.000 TL arasında aylık ödenecektir.

3.5.3.7.3. Aile Hekimliği Uygulamasıyla Birinci Basamak Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm

Bireye Yönelik Sağlık Hizmeti

Aile hekimliği, toplumsal gereksinimler ve bilimsel gelişmeler sonucu ortaya çıkmış bir disiplin değil; sağlıktan daha fazla kazanç elde etmeyi amaçlayan ekonomik sistemler tarafından yapay olarak oluşturulmuş bir daldır. Aile hekimi, daha çok Batı ve Orta Avrupa'nın varsıl ekonomik yapısına dayalı, prim ödeyebilen toplumlara özgü, genellikle baktığı hasta başına ücret alan hekimdir (Kılıç,2006: 18). Birleşik Krallıkta aile hekimleri ya evlerindeki muayenehanelerinde, ya da sağlık ocaklarından kiraladıkları bir odada işlev görmektedirler. Aile hekimleri çoğunlukla evde hasta bakmakta, her yıl kendilerine kayıtlı kişi sayısı kadar ücret almaktadırlar.

ABD’de aile hekimliği uygulaması örgütlü olarak oluşturulmamış, sağlıkta amaçlanan kara dayalı karmaşa ortamında kendiliğinden yerini almıştır. Aile hekimliği uygulamasının sistemli olarak oluşturulduğu ülkelerde aile hekimleri, hastane uzmanı ile bağlantılı ve sağlık sigortasından finanse edilir konumda, sözleşmeli olarak çalıştırılmaktadır. Aile hekimlerinden toplumun sağlığının geliştirilmesi ile ilgili bir kaygı gütmeleri, yani bir sistem yaklaşımına sahip olmaları ise beklenmemektedir (Aksakoğlu: 6).

Türkiye’ son birkaç yıla kadar birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumuna ilişkin ilke ve kurallar, 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile düzenlenmiştir. 2004 yılında ise; nüfus sayısına göre örgütlenen, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini bütüncül bir yaklaşımla sunan ve ekip hizmeti yaklaşımı ile çok disiplinli bir hizmet anlayışını benimseyen 224 sayılı Kanun’a dayalı sağlık ocağı sistemi, yerini aile hekimliğine bırakmıştır (BSB, 2008: 231). Sağlık ocaklarının yerine getirilen aile hekimliği modeli, belli bir bölgedeki nüfus ölçeğini temel alarak koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık ocaklarının yerine, bireyi merkeze alarak tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik sağlık hizmeti sunan bir sisteme geçişi ifade etmektedir (Halkevleri, 2008: 272). Dolayısıyla aile hekimi, isminin ve yapılan tanıtımının tersine ailenin hekimi değil, bireyin hekimi olma özelliğini taşımaktadır. Aile hekimliği sisteminde bireye; yönetmelikte belirtildiği üzere 6 ayda bir hekim değiştirme hakkı tanınmıştır. Dolayısıyla bir ailedeki bireylerin her birinin ilçe sınırları içinde başka bir hekimi seçme hakkı vardır. Bu durum, özellikle toplumsal olarak ele alınması gereken koruyucu sağlık hizmetlerini ve bulaşıcı hastalıklarla savaşı olumsuz etkileyebilecektir.

Aile hekimliği uygulaması; hizmet sunanların değil hizmet alanların merkezi konumda olduğu bir uygulamadır. Hekim seçme özgürlüğü olarak da tanıtılan uygulama, hastalara hekim konusunda tercih yapma hakkını vermektedir. Performansa dayalı ödeme modeline göre ücretlendirilen aile hekimleri, hastalar tarafından tercih edilebilirliklerini artırmak için rekabet etmektedirler. Fakat hekimler arasında rekabetin olması; etik olmayan tıbbi uygulamaların yapılmasına (başkasının sağlık karnesiyle hasta bakma vb), hastanın talep ettiği her türlü sağlık hizmetini sağlayarak sağlık harcamalarının artmasına ve gereksiz ilaç tüketiminin

ortaya çıkmasına neden olabilecektir. Hekimler arasında rekabetin olması ve hastaların bir müşteri olarak tercih ve seçme hakkının bulunması yeni liberalizmin temel argümanlarını çağrıştırmaktadır.

Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Parçalanması

1980 sonrası süreçte tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların katlanarak büyümesi ve kamu hastanelerinin giderek verimsizleşmesi vb sorunlar nedeniyle tedavi edici hizmetler alanında özel sağlık kuruluşlarının yer almasına olanak sağlayan politikalar geliştirilmiştir. Ancak, birey ve toplum sağlığı için oldukça önemli olan, ülkenin gelişmişlik kriterlerinden biri olarak ele alınan ve en önemlisi tedavi edici hizmetlere göre daha ucuz olan koruyucu sağlık hizmetlerini üretme görevi ise devletin sorumluluğu olarak görülmüştür.

Aile hekimliği uygulaması ile kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin çok disiplinli anlayışı parçalanarak; sadece kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimlerinin sorumluluğuna yüklenmektedir (BSB,2008: 231-232). Sağlık ocakları tarafından yerine getirilen diğer görevler ise Toplum Sağlığı Merkezlerinin sorumluluğunda ele alınmaktadır. “Aile Hekimliği’nin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge”nin 9. maddesine göre toplum sağlığı merkezlerinin görevleri şu şekilde belirlenmiştir: Toplum sağlığı merkezi, bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun, hastalıklardan korunması ve oluşabilecek hastalık durumunda kolay ulaşabileceği kaliteli teşhis ve tedavinin sağlanması için gerekli önlemleri alır. Toplum sağlığı merkezi bu hizmetleri sunarken sağlık hizmetini bir bütün olarak değerlendirir. Kendisinin sunduğu sağlık hizmetleri ile diğer sağlık kurumların sağlık hizmeti arasında eş güdümü sağlamak; ayrıca diğer kurumlarla işbirliği yaparak, toplumun ve kişilerin sağlık düzeyini yükseltmek ve sürdürmek toplum sağlığı merkezinin görev ve yetkisindedir. Aynı maddede toplum sağlığı merkezinin sunacağı hizmetler şu şekilde sıralanmıştır:

- İdari ve mali hizmetler,
- Çevre sağlığı hizmetleri,
- Bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri,

- Aile sağlığı merkezleri:
 - Koordinasyon hizmetleri ve yapılan işlerin bildirilmesi
 - Lojistik hizmetleri
 - Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri
 - Hizmet içi eğitim hizmetleri
 - Kayıtların tutulması ve denetim hizmetleri
- Acil sağlık hizmetleri
- Adli tıbbi hizmetleri (ölüm raporu, defin/nakil izni)
- Okul sağlığı hizmetleri
- İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri
- Sağlık eğitimi hizmetleri
- Özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırma ve denetimi
- Afet organizasyon
- Yeşil kart hizmetleri
- Sağlık müdürlüğünün verdiği diğerk görevleri yapmaktır.

Başlangıçta 2500–3000 kişinin bir aile hekimine bağlanması şeklinde yapılandırılan toplum sağlığı merkezi sisteminde ilçelerde bir, il merkezinde ise 100 bin nüfusa birer tane olmak üzere TSM kurulması öngörülmektedir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen pilot illerden edinilen bilgilere göre toplum sağlığı merkezlerine ilişkin sorunlar şu şekilde sıralanabilir (Özkavak, 2007: 473, Çakır, 2007: 471; Varol Saraçoğlu, 2007: 463-469; Yılmaz, 2007: 461-462):

- 1990’lı yılların başından beri yayınlanan ve tartışılan hiçbir aile hekimliği yasa tasarısında ya da konuya yönelik yapılan tartışmalarda toplum sağlığı merkezleri yer almamasına rağmen, hayata geçirilen aile hekimliği modelinde toplum sağlığı merkezlerinin kurulmasına karar verilmiştir. Toplum sağlığı merkezlerinin kuruluşlarının altında yatan neden ise aile hekimliği uygulamasına karşı çıkan çevreleri etkisiz kılmak ve “toplum sağlığını ve koruyucu sağlık hizmetlerini arka plana atmıyoruz” propagandası yapmaktır.

- Aile sağlığı merkezlerine ve aile hekimlerine ilişkin tüm ayrıntılar düşünülmesine rağmen, toplum sağlığı merkezlerinin yapılanması ve toplum sağlığı merkezlerine yönelik bina, malzeme, araç, personel vb sağlanması konularda hiçbir çalışma yapılmamıştır. Toplum sağlığı merkezlerine ilişkin yönerge 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Kanunu'ndan yaklaşık 10 ay sonra çıkarılmıştır. Örneğin Edirne'deki pilot uygulama sürecinde toplum sağlığı merkezi personeli bina, malzeme vb sağlanması için bir aydan fazla bir süre beklemiştir. Bu süre zarfında da topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri verilememiştir.
- Pilot illerdeki uygulamalarda, toplum sağlığı merkezlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde hiçbir kritik öneminin bulunmadığı görülmektedir. Toplum sağlığı merkezleri aile hekimleri için lojistik destek sağlayan, aile hekimlerinin aylık çalışmalarını düzenleyen ve bunları sağlık müdürlüğüne ileten kurumlar niteliği taşımaktadır. Toplum sağlığı merkezleri hizmet üreten birimler olmaktan çok, idari birimler gibi görev yapmaktadır.
- Toplum sağlığı merkezlerinin kurulması ve alıştırılmasına dair yönergede her yüz bin nüfusa bir toplum sağlığı merkezi kurulması gerektiği belirtildiği halde, 600 bin kişinin yaşadığı Eskişehir merkezinde toplam dört toplum sağlığı merkezi kurulmuştur. Diğer yandan Eskişehir'de, toplum sağlığı merkezlerinin görevleri arasında sayılan acil sağlık, adli tıp, işçi sağlığı ve iş güvenliği, yeşil kart hizmetleri ve afet organizasyonuyla ilgili herhangi bir çalışma yapılmamıştır.
- Toplum sağlığı merkezlerinin çalışmasına ilişkin çıkarılan yönergede, toplum sağlığı merkezlerindeki personel sayısı, personelin görevleri, merkezde kurulacak birimler ve her birimin görevleri kısaca belirtilmiştir. Ancak sağlık müdürlükleri ile toplum sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri ile aile hekimleri arasındaki ilişki net olarak tanımlanmamıştır. Bir türlü kurumsal olmalarına imkân tanınmayan toplum sağlığı merkezlerinin üzerlerine çok sayıda görev yüklenmiş, ancak bu görevleri kimin, nasıl ve ne şekilde yapacağı belirsiz kalmıştır.

- Toplum sağlığı merkezleri aslında aile sağlığı merkezlerinde çalışmayı kabul etmeyen sağlık personelinin toplandığı bir merkez görünümündedir. Toplum sağlığı merkezlerinde çalışanlar arasında yer alan ebe, hemşire, sağlık memuru, evre sağlığı teknisyeni, hizmetli, şoför, laborant vb meslek gruplarından kişiler, mesleki ve beceri farklılıklarına rağmen gerektiğinde tıbbi sekreterlik, sağlık eğitimciliği vb işleri yapmak zorunda kalmaktadırlar. Sonuç olarak bu durum; toplum sağlığı merkezlerinde görev alan sağlık personeli için, belirsiz bir iş yükü ve tanımı içinde, gelecek korkusu ve iş doyumunu yaşamadan daha düşük ücretle çalışmak anlamına gelmektedir.
- Toplum sağlığı merkezlerinde görev alan hekimler değerlendirildiğinde ise sorumlu hekim dışında kalan hekim grubunun her türlü angarya işi yapmak zorunda kaldığı sonucuyla karşılaşılmaktadır. Bu hekimler toplum sağlığı merkezi içinde hasta muayene edememekte ve ilaç reçetesi yazamamaktadırlar. Ayrıca yedek hekim grubu olarak, acil poliklinikleri, boşalan aile hekimleri muayenehaneleri vb yerlerde görev almaktadırlar. Aynı şekilde diğer sağlık meslek grupları da (zellikle ebe ve hemşireler) aile sağlığı merkezlerini tamponlayan yedek birer personel konumuna gelmişlerdir. Sağlık memurlarının hiçbir eğitim almamalarına rağmen 112’lerde görevlendirilmesi ise bir diğer önemli nokta olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Aile sağlığı merkezinde görevli olan personel ile toplum sağlığı merkezinde görevli olan sağlık personelinin ücretlerinde önemli farklılıklar vardır. Bu durum toplum sağlığı merkezinde çalışan personelin aile sağlığı merkezinde çalışmayı kabul etmediği için cezalandırıldığının düşünülmesine neden olmaktadır.
- Tespit edilen sorun ve aksaklıklar karşısında, Bakanlık yetkililerince yapılan açıklamalarda, toplum sağlığı merkezleri ile ilgili sorunların pilot yasa yerine, Aile Hekimliği Uygulaması Yasası çıktıında çözümleneceği belirtilmiştir.

6 Temmuz 2005 tarihli 25867 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” te aile hekimi; “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık

hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler” şeklinde tanımlanmıştır. Yönetmeliğin 4.maddesine göre aile hekimi; “aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle” yükümlüdür. Yönetmelikte, aile hekimi kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar” ifadesi yer almaktadır. Aynı yönetmelikte ayrıca aile hekimi şu görevleri yerine getirmekle sorumlu tutulmuştur:

- Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasının yapılmasında yerel sağlık idaresi ile işbirliği yapmak,
- Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı, toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları yerel sağlık idaresine bildirmek,
- Kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek, önemli ve sık görülen toplum sağlığı konularında kişilerin periyodik muayenelerini (meme kanseri, rahim kanseri taraması vb.) yapmak, ruh sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,
- İlk kayıta ev ziyaretinde bulunarak, kendisine bağlı kişilerin sağlık durumlarının tespitini yapmak,
- Çalıştığı mekanda ve gerektiğinde (aile hekiminin ev ziyareti esnasında tespit ettiği evde takibi zorunlu özür, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişilere) güvenliği sağlayıcı tedbirlerin alınması kaydı ile, evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında, kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- Bakanlıkça belirlenen ve uygulamaya konulan kişiye yönelik özel sağlık programlarını yürütmek,

- Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu yapmak,
- Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- Verdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak,
- İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- Gerektiğinde kişiyi kısa süreli gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- Gerektiğinde aldığı uzmanlık eğitimi ve bu eğitim sırasında yaptığı rotasyonlar çerçevesinde hastayı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- Kronik hastalığı olan kişilerin gerekli sıklıkta takibini yapmak,
- Özürlü kişilere yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek,
- Doğum öncesi, doğum sonrası loğusa ve bebeğe beraber izlem yapmak.

Toplum sağlığı merkezi ve aile sağlığı merkezlerinin görev ve yetkileri genel olarak ele alındığında; koruyucu sağlık hizmetlerinin parçalandığı, bireye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimlerinin sorumluluğuna bırakılırken diğer koruyucu sağlık hizmetlerinin ise toplum sağlığı merkezlerine bırakıldığı görülmektedir. Bu noktada, örneğin; aşıların okul ve birey aşıları olarak aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezlerine bölünmesi, koordinasyonun sağlanmadığı durumlarda karışıklığa yol açabilecektir.

Ekip Anlayışının Değişmesi

Aile hekimliği uygulaması hekim merkezli bir uygulamadır. 5258 sayılı kanunun 3.maddesinde “ aile sağlığı elemanlarının aile hekimleri tarafından belirlenip, Sağlık bakanlığınca muvafakat verilmesi ve sözleşme yapılması” şeklinde yer alan ifadeden de anlaşılacağı üzere aile hekimleri aile sağlığı elemanları ile bir yıllık sözleşme yapmaktadırlar. Bu durumda aile hekimi aile sağlığı elemanının patronu konumuna gelmektedir. Aynı şekilde yönetmelikte, koruyucu sağlık

hizmetleri kavramı koruyucu hekimlik olarak ifade edilmektedir. Bu da aslında uygulanan sistemin hekim merkezli olduğunun ve ekip hizmetine dayanmadığının açık bir göstergesidir. Aile hekimliği uygulaması; hekim, ebe, hemşire, şoför, sağlık memuru vb meslek gruplarının bir bütün olarak ve her bir meslek grubunun zincirin önemli bir parçası olduğuna dayalı ekip anlayışını ortadan kaldırmaktadır. Aile hekimliği modelinde; aile sağlığı merkezlerinde bir aile hekimi bir aile sağlığı elemanı görev yapmaktadır. Sağlık ekibi içinde sayılan diğer meslek çalışanları ise aile sağlığı merkezinde istihdam edilmemektedir.

5258 sayılı Kanun’da aile sağlığı elemanı; “aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanı” şeklinde tanımlanmıştır. Yönetmeliğin 5. Maddesine göre; aile sağlığı elemanı; aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunulması, kişilerin sağlık kayıtları ve istatistiklerinin tutulması ile yükümlü kılınmaktadır. Aile sağlığı elemanı ayrıca, aile hekiminin yukarıda sayılan görevlerini yerine getirmesinde yardımcı olmakla görevlidir. Aile sağlığı elemanının görev ve yetkileri genel olarak;

- Aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin vital bulgularını almak ve kaydetmek,
- Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak,
- Yara bakım hizmetlerini yürütmek,
- Tıbbi alet, malzeme ve cihazlarının hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak,
- İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerinde aile hekimine yardımcı olmak,
- Poliklinik hizmetlerinde bulunmak, hastaların başka bir sağlık kuruluşuna sevki durumunda sevk işlemlerini yürütmek, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak,
- Laboratuvar tetkikleri için numune almak,
- Basit laboratuvar tetkiklerini (eğitimi almışsa) yapmak,

- Aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlamak,
- Gezici hizmetler, sağlığı geliştirici sağlık eğitimi, koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,
- Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak,
- Hizmetin yürütülmesi ile ilgili olarak aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek”, şeklinde sıralanabilir.

Sevk Zinciri Karmaşası

Genel Sağlık Sigortası Kanununda aile hekimin aynı zamanda Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapan hekim olduğuna yer verilmiştir. Kanun’un 5.maddesine göre; aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimine kaydının yapılacağı ve acil hallerle mücbir sebepler dışında, hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olunursa olunsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınacağı ve yine aynı maddede en az altı ay sonra kişilerin aile hekimlerini değiştirebileceği; her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısının asgari 1000 azami 4000 olduğu ve aile hekimliği hizmetlerinin ücretsiz olduğu hükme bağlanmıştır.

AKP Hükümeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi bileşenlerini hayata geçirmeden önce, sevk zinciriyle ilgili ilk girişimini 1 Temmuz 2003 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Çalışma Bakanlığı arasında imzalanan ve sağlık kurumlarının ortak kullanımını öngören protokolle hayata geçirmiştir. Protokolde yer alan düzenlemeye göre yapılan uygulamada; bütün hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kurumlarına müracaat etmişler, eğer tedavi bu kurumlarda yapılamıyorsa alacakları sevkle hastanelere gitmişlerdir. Ancak uygulama başlar başlamaz sağlık ocaklarında uzun kuyruklar oluşmuş ve uygulamadan kısa sürede vazgeçilmiştir. Aynı şekilde açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda da sevk zinciri önemli ve muhakkak hayata geçirilmesi gereken bir uygulama olarak tanıtılmıştır. 22 Temmuz 2007 seçimlerinden hemen önce sağlık kurumlarına sevk almadan başvurma uygulaması üniversite hastanelerini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir. 29.09.2008 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği” ile birlikte aile hekimliğinin uygulandığı dört ilde (Bayburt, Isparta, Gümüşhane, Denizli) 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren sevk zinciri zorunluluğu başlatılmıştır.

SUT- 2008'e göre aile hekimliği uygulanan diğer 19 ilde de 1 Ocak 2009'da uygulamaya konulacak sevk zinciri zorunluluğu, Resmi Gazete'de 31.12.2008 tarihinden yayımlanan yeni bir tebliğ ile 1 Temmuz 2009'a ertelenmiştir.

Fakat Sağlık Bakanlığı; Sosyal Güvenlik Kurumu'na 6 Mayıs 2009 tarihinde gönderdiği bilgilendirme yazısında; halen 33 ilde aile hekimliği uygulamasına geçildiği, 2010 yılı itibariyle ise tüm illerde aile hekimliğine geçilmesinin planlandığını belirterek, hali hazırda Türkiye'de hekim sayısının yetersizliği nedeniyle sevk zinciri uygulaması başlatılacak illere hekim desteği sağlanmasının imkân dâhilinde olmadığını ifade etmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın sevk zinciri uygulamasının ertelenmesi talebini değerlendiren Sosyal Güvenlik Kurumu, 30 Haziran 2009 tarihinde yayınladığı genelge ile sevk zinciri uygulamasını süresiz olarak ertelediğini açıklamıştır.⁴

Hastaların her türlü sağlık sorunlarında öncelikle birinci basamak sağlık kurumlarına başvurmaları ve ancak gerek görüldüklerinde sevk edilmeleri çağdaş bir sağlık sisteminin olmazsa olmaz koşuludur. Ancak bunun uygulanabilmesi için iyi gelişmiş, kolay ulaşılabilen ve yeterli alt yapıya sahip birinci basamak sağlık hizmetlerine sahip olmak gerekmektedir. Ancak ne yazık ki Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yaşanan tam tersi bir durumdur. Bu programın uygulandığı süre boyunca aile hekimliğine geçiş gerekçesiyle yaklaşık 1.500 sağlık ocağı (kırsal bölgedekiler yoğunlukta olarak) kapatılmıştır. Böylece geçmişte de zaten yetersiz olan birinci basamak sağlık örgütlenmesi tamamen tasfiye edilerek daha büyük bir yetmezliğe sürüklenmiştir. Sevk zinciri vatandaşların daha iyi koşullarda hizmet alabilmesi için değil, sadece kamu sağlık harcamalarını sınırlandırmak için planlanmaktadır. 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren sevk zinciri zorunluluğu uygulanan illerde, aile hekimlerinin günlük poliklinik sayıları 170-180'e kadar yükselmiş ve aile hekimleri sevk memuruna dönüşmüşlerdir. Bu durum da hastaların yoğun şikâyetlerine neden olmuştur. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Dr. Halil Ekinci tarafından yapılan açıklamaya göre sevk

⁴ SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Sağlık Politikalarını Geliştirme ve Mevzuat Daire Başkanlığı B.13.1.SGK./568 sayılı 30 HAZİRAN 2009 tarihli Genelge.

zincirinin pilot olarak uygulandığı dört ilde birinci basamak muayene sayısı % 60 oranında artmış, aile hekimlerinin toplam sevk oranı ise % 35 artmıştır. Ayrıca ikinci basamak muayene oranı ise % 29 azalmıştır (Ergüzeloğlu, 2009). Sevk zincirinin uygulamadan kaldırılmasıyla ilgili olarak İzmir Tabip Odası tarafından şu şekilde bir basın açıklaması yapılmıştır:

Sevk zinciri zorunluluğu aile hekimliği projesinin en iddialı noktası olarak gösterilmiştir. Sevk zinciri ile hastaların yüzde 70-80'inin aile hekimleri tarafından bakılacağı ve hastanelerdeki yığılmaların önüne geçileceği savunulmuştur. Aile Hekimliği projesi İzmir'de uygulamaya koyulalı 2 yılı geçti. Ama sevk zincirini başlatamıyorlar. Çünkü baştan beri söylediğimiz hesapsız kitapsız başlangıç. Birincisi İzmir'de 2 bin pratisyen hekim var, bin aile hekimi kadrosu açıldı. Bin pratisyen hekim hastaların muayene ve tedavi faaliyetlerinin dışında bırakıldı. Bilindiği gibi sevk zinciri Isparta, Gümüşhane ve Denizli'de başlatıldı. Denizli Devlet Hastanesi'nde sevk zinciri uygulandığında hastane gelirindeki azalma 2.6 milyon TL Şimdi borç harç içindeyiz. Sevk zinciriyle bu zarara uğradık. En iddialı oldukları noktada kesin bir fiyasko yaşıyor.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yapmış olduğu açıklamaya göre ise; aktif olarak çalışan pratisyen hekimlerin 27.135'i Sağlık Bakanlığı'nda, 129'u üniversitelerde ve 3398'i ise özel sağlık kuruluşlarında görev yapmaktadır. Sözleşmeli aile hekimlerinin dağılımı incelendiğinde aile hekimi uzmanı sayısı 133, diğer uzman hekimlerin sayısı 20 ve pratisyen hekimlikten gelenlerin sayısı ise 4373'dür. Sözleşmeli aile hekimlerinin kurumlara göre dağılımına bakıldığında ise sözleşmeli aile hekimi sayısının 4513, özelden yerleştirilen aile hekimi sayısının 107, Sağlık Bakanlığı kadrolu aile hekimi sayısının 4265 olduğu görülmektedir (Ergüzeloğlu, 2009).

Sosyalleştirme programında yaşanan sorunlara çözüm olarak getirilen aile hekimliği uygulamasıyla tekrar hayata geçirilecek olan sevk zinciri uygulaması ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımının önüne geçecek tek çözüm yoludur. Ancak aile hekimliği uygulamasına geçmeden önce gerekli personel ve fiziki alt yapının sağlanmaması sistemin verimliliğini sağlayacak en önemli bileşenin hayata geçirilmesine engel olmaktadır.

Sağlık Personelinin İş Yükünde Değişme

Yönetmelikte aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının tam gün esasına göre çalıştığı ve haftada en az 40 saat hizmet verdikleri belirtilmiştir. Görüldüğü gibi

yönetmelikte maksimum çalışma süresi belirtilmemiştir. Bu durumda aile sağlığı merkezlerinin gelecekte hafta sonu da açık olması gündeme getirilebilecektir. Aile hekimlerinin günde 8 saat çalışarak yukarıda belirtilen görevlerini yerine getirmeleri beklenmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığının 2000 yılında yaptığı bir araştırmaya göre ülkemizde kişi başı yıllık hekime başvuru ortalaması 4,2'dir. Bu durum günlük beklenen hasta sayısının minimum 50-60 olması anlamına gelmektedir. Aile hekimlerinden ve aile sağlığı elemanlarından beklenen; günde 50-60 hastanın poliklinik hizmetini vermesi (her hastaya 15 dk zaman), aynı zamanda bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini ve ev ziyaretlerini başarılı bir şekilde yürütmeleridir.

Gereksiz Tıbbi Teknoloji Kullanımı

Aile hekimliği uygulaması aslında hekimlerin birbiriyle rekabetini öngörmektedir. Bu rekabet ise müşteri memnuniyetinin sağlanarak hastaların hekimlerini değiştirmemeleri ve aile hekimlerine kayıtlı kişi sayısının 1000'nin altına düşmemesi üzerinden gelişmektedir. Aile hekimleri müşteri memnuniyetini artırmak için muayenahanelerini USG, EKG, laboratuvar malzemeleri vb cihazlarla donatmak zorunda kalacaklardır. Sağlık Bakanlığı'nın önümüzdeki günler içinde aile hekimlerine USG eğitimi vereceği belirtilmektedir. Dolayısıyla aile hekimliği uygulaması aynı zamanda küresel tıbbi teknoloji firmalarına da rant sağlamanın bir yolu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Halkın Sağlık Hizmetlerine Erişiminde Güçlük

Aile hekimliği uygulaması, finansmanını oluşturan Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasından ayrı düşünülmemelidir. Başlangıçta GSS'de koruyucu sağlık hizmetlerinin dolayısıyla aile hekimi muayenelerinin ücretsiz olduğu ifade edilmişken, Sağlıkta Uygulama Tebliği ile yapılan son değişiklikle aile hekimliği muayenelerinde toplam 3 YTL muayene katılım payı ödenmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu uygulama; düzenli prim ödeyemeyenlerin sistem dışında kalarak tedavilerini geleneksel vb. yöntemlerle kendileri yapmak zorunda kalmalarına yol açabileceği gibi, GSS primini düzenli ödeyenleri ise aile hekimliği muayeneleri için bile eczanede katkı payı ödemek zorunda bırakacaktır. Ayrıca vatandaşların diğer sağlık hizmetleri (laboratuvar, görüntüleme, radyolojik tektirler vb) ve ilaçlar için de katkı payı ödemeleri gerekmektedir. Dolayısıyla vatandaşlar GSS primlerini ödemiş

olsalar bile, temel teminat paketi dışında yer alan sağlık hizmetlerini almaları gerektiğinde de hekime başvurmadan hastalığını tedavi etmeyi seçebilecektir.

Sözleşmeli ve Esnek Çalışma

Aile hekimliği uygulamasında aile hekimi, valilik ya da valiliğin gösterdiği merci (genelde il sağlık müdürlüğü) ile bir yıllık sözleşme imzalamaktadır. Sözleşmelerin yenilenmesinde performans kriterleri (hasta sayısı, müşteri memnuniyeti, başarı oranları vb) göz önüne alınmaktadır. Aile hekiminin kendisine kayıtlı kişi sayısı iki ay üst üste 1000'nin altına düşerse sözleşme feshedilmektedir. Dolayısıyla aile hekimi, müşteri memnuniyetini sağlamak adına, 8 saatlik mesai saatine sığmayan işlemler bitinceye kadar çalışmak zorunda kalabilecektir. Böylelikle çalışma saatlerinin uzayıp, belirsizleşmesi ve esnekleşmesi ortaya çıkacaktır. Aile sağlığı elemanları ise, sözleşmeyi aile hekimiyle yaptığı için ve yönetmelikte görevleri arasında yer alan; “aile sağlığı elemanları aile hekiminin verdiği her türlü görevi yapar” ifadesi nedeniyle gelecek güvencesiz ve esnek çalışmaya mecbur kalabileceklerdir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Buzgan yaptığı basın açıklamasında, AB uyum çalışmaları içinde aile hekimliği uygulamasında ileriki dönemlerde sadece aile hekimi uzmanlarının görev alacağını belirtmiştir (Ergüzeloğlu, 2009). Dolayısıyla günümüzde aile hekimliği uygulamasında görev alan pratisyen hekimlerin gelecekte durumlarının ne olacağı tamamen muallâktır.

Aile Sağlığı Merkezinin Giderleri

Aile hekimlerinin karşılaması gereken masraflar; “hizmet verilen binanın kirası, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, büro malzemeleri, küçük onarım ve tıbbi sarf malzemeleri harcamaları” olarak sıralanmaktadır. Bunun için sözleşmeli aile hekimine her ay tavan ücretin % 100'ü ödenmektedir. Tetkikler, yerel sağlık idaresinin gösterdiği laboratuarda yaptırılmaktadır. Bu işlemde gerekli sarf malzemelerini karşılamak için gider karşılığı ödeme yapılmaktadır. Tetkik ve sarf malzemeler için yapılacak ödemelerin, tavan ücretinin % 100'ünü geçmemesi gerekmektedir. Aylık tavan ücretinin üzerine çıkan tetkiklerin masraflarını, aile hekimi kendisi karşılamak zorundadır.

Performansa Dayalı Ödeme

Aile hekimlerinin performanslarını belirlemek için dört performans kriteri belirlenmiştir. Bunlar; aşı başarı oranı, bebek izlem başarı oranı, gebe izlem başarı oranı ve (uygulanmamakla birlikte) sevk oranıdır (Kılıç,2007:324). Aşı başarı oranı hesaplanırken BCG, DBT, OPV, Hepatit B, KKK, HIB aşılama oranları dikkate alınmaktadır. Ayrıca 0-365 günlük bebeklere bu süre içinde toplam 7 kez; gebelere gebelik süresince 4 kez izlem yapılması gerekmektedir. Buna göre her bir kriter için ayrı ayrı hesaplanan başarı oranlarına göre, aile hekiminin brüt maaşından, aylık başarı oranı % 80'den daha düşük ise % 5; aylık başarı oranı % 80- 90 ise % 2 ve aylık başarı oranı % 90-95 ise % 1 oranında performans kesintisi uygulanmaktadır (Kılıç, 2007:325-335).

Sevk zinciri uygulaması belirsiz bir süreliğine kaldırıldığı için performans hesaplamalarında yer almamaktadır. Ancak aile hekiminin sorumlu olduğu diğer görevler olan; aile planlaması, sağlık eğitimi, kronik hastalık izlemi, yaşlı sağlığı takibi vb hizmetlerde performans uygulamasının olmaması bu hizmetlerin hiç yapılmamasına ya da sadece aile sağlığı merkezine başvuranlara verilmesine neden olabilmektedir.⁵

Aile Hekimliğinde Sağlık Personelinin Ücretleri

“Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmeliğin” 16. Maddesi uyarınca aile hekimlerine yapılacak ücretlenme şu şekilde ifade edilmektedir:

Kayıtlı kişiler için ödenecek ücret: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine yapılacak ödemelerin hesaplanmasında; nöbet, acil yardım hizmetleri, hekimlerin olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetler için;

1) Kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1000 (bin) kişiye kadar,

⁵ Giresun Tabip Odası, 10 Mart 2009 tarihli haber. “Resmiyette görevlerimizi yüzde 100 yapıyor görünüyoruz. Evleri dolaşıyor, gebe takibi yapıyor görünüyoruz. Ama hastayı çağırıp ilaçlarını aylık veriyoruz. Evlere gidilmesi gerekiyor gebe-bebekler için ama biz, buraya gelenlerle uğraşabiliyoruz.” http://www.giresuntabip.org.tr/syf/haberleri_goster.aspx?haber_ID=51

a) Aile hekimliği uzmanı ise 2.000 YTL,

b) Uzman tabip veya tabip ise 1.500 YTL,

2) 1000 (bin) kişinin üzerindeki her kayıtlı kişi başına ayrıca 1 YTL, esas alınmaktadır.

Aile hekimliği uygulamaları için Bakanlıkça görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için kişi başına 0,40 YTL; 31/12/1980 tarihli ve 2368 sayılı Kanunun 4 üncü maddesine göre serbest olarak çalışanlardan Bakanlıkça aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için ise kişi başına 0,20 YTL hesaplamaya esas alınmaktadır. Kayıtlı kişi sayısının 4000'den fazla olduğu durumlarda ise fazla olan kısım için aile hekimlerine herhangi bir ödeme yapılmamaktadır.

Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine çalıştığı bölgeye göre sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti ödenmektedir. Bu ödemede 657 sayılı Kanunun 152'nci maddesi uyarınca çıkarılan Bakanlar Kurulu Kararının ekinde yer alan Kalkınmada Öncelikli Yörelere Cetveli esas alınmaktadır. Buna göre sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimlerine yapılacak ödemede;

1) 1, 2 ve 3'üncü bölgelerde görev yapanlar için tavan ücretin %10'u,

2) 4'üncü bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %20'si,

3) 5'inci bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %30'u,

4) 6'ncı bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %40'ı,

5) 7'nci bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %50'si, esas alınmaktadır.

Aile sağlığı merkezi giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım ve tıbbi sarf malzemeleri gibi giderleri için her ay tavan ücretin % 100'ü ödenmektedir.

Gezici sağlık hizmetleri giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine kırsalda verdiği gezici sağlık hizmeti giderleri için yapılacak ödemelerde gezici sağlık hizmeti kapsamındaki nüfus;

- 500'den az ise ödeme yapılmamakta,

- 500 ila 1000 kişi ise tavan ücretin % 10'u,
- 1001 ila 1500 kişi ise tavan ücretin % 20'si,
- 1501 ila 2000 kişi ise tavan ücretin % 30'u,
- 2001 kişiden fazla ise tavan ücretin % 40'ı, esas alınmaktadır.

Adı geçen yönetmeliğın 19. Maddesine göre aile sağığı elemanına yapılacak ödemeler ise şu şekilde sıralanmaktadır:

Kayıtlı kişiler için ödenecek ücret: Sözleşmeyle alıştırılan aile sağığı elemanlarına yapılacak ödemelerin hesaplanmasında nöbet, acil yardım hizmetleri, personelin olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağığı ve benzeri hizmetleri için ilk 1000 kişiye kadar 800 YTL ve ayrıca 1000 kişinin üzerindeki her kayıtlı kişi başına 0,40 YTL esas alınmaktadır. Aile hekimliğı uygulamaları için Bakanlıkça görevlendirilen aile sağığı elemanlarına yapılacak ödemelerin hesaplanmasında kişi başına 0,20 YTL esas alınmaktadır. Kayıtlı kişi sayısının 4000'den fazla olduğı durumlarda fazla olan kısım için aile sağığı elemanlarına herhangi bir ödeme yapılmamaktadır.

Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti: Sözleşmeyle alıştırılan aile sağığı elemanlarına çalıştığı bölgeye göre sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti ödenmektedir. Buna göre sözleşmeli aile sağığı elemanlarına yapılacak ödemede;

- 1) 1, 2 ve 3'üncü bölgelerde görev yapanlar için tavan ücretin %5'i,
- 2) 4'üncü bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %7'si,
- 3) 5'inci bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %10'u,
- 4) 6'ncı bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %15'i,
- 5) 7'nci bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %20'si, esas alınmaktadır.

Görüldüğü üzere sisteme girmeyi kabul eden ve sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi/ aile sağığı elemanı ile görevlendirme yoluyla çalışan aile hekimi/ aile sağığı elemanının ücretleri arasında büyük bir uçurum bulunmaktadır. Ayrıca gezici sağık hizmeti karşılığında aile hekimleri ücretlendirilirken, aynı hizmeti veren aile sağığı elemanı ücret almamaktadır. Bu durumun aile sağığı elemanı adına eşitsizlikçi bir uygulama olduğı söylenebilir.

3.5.3.7.4. Düzce Aile Hekimliği Pilot Uygulaması

Türkiye özelinde aile hekimliği uygulamasının başlatıldığı ilk il olan Düzce örneğinin incelenmesi; Aile Hekimliği Sistemi'nin süreç içinde nasıl geliştiğinin ve birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunun nasıl etkilendiğinin ortaya konulması açısından önemlidir.

09.12.1999 tarihinde il statüsüne kavuşan Düzce'nin nüfusu 2004 yılında 303.313'dür. Nüfusun % 58.4'ü kırsal alanda yaşamaktadır. 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların nüfusa göre oranı %7.2'dir ve 0-14 yaş arası nüfusun oranı ise % 25.3'dür. Görüldüğü üzere Düzce ili sağlık hizmetlerini çok sık olarak kullanmayan genç nüfusun yoğun olduğu bir ildir ve özellikle yaşanan deprem sonrasında halk kırsal bölgede yaşamayı tercih etmiştir. Kent merkezindeki nüfus oranı daha düşüktür.

Tablo 15: Düzce'de Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Personel Durumu

			Düzce
Sağlık ocağı sayısı			31
Sağlık Ocağı	Hekim	İl geneli	128
		Kent	97
		Kır	31
	Hemşire	İl Geneli	32
		Kent	24
		Kır	8
	Ebe	Toplam	90
		Kent	61
		Kır	29
	Sağlık Memuru	Toplam	93
		Kent	66
		Kır	27
Sağlık Evi	Ebe		22

Düzce’de sağlık evi başına düşen nüfus 3160, sağlık ocağı başına düşen nüfus 9784 ve on kişiye düşen yatak sayısı ise 21’dir. Düzce’de 14’ü köy sağlık ocağı olmak üzere 31 sağlık ocağı bulunmaktadır. Mevcut sağlık ocaklarının 29’u kendi binasına sahip, 2 sağlık ocağı ise geçici olarak tahsis edilen binalarda hizmet vermiştir. Sağlık ocaklarında 2003 yılında toplam 426.796 hasta muayenesi gerçekleştirilirken, bu sayı 2004 yılında 499.749’a çıkmıştır. 2000-2004 yılları arasında artan sevk hızı, 2004 yılında ise azalmıştır. Bebek, çocuk, gebe, loğusa izlem sayıları yıllar içinde azalmasına karşın 2004 yılında geçmiş yıllardaki düzeyini yakalamıştır. Bebek başına düşen izlem sayısı 2000 yılında 7.1 iken bu sayı 2003 yılında 4.8’e düşmüş ve 2004 yılında 7.5’e yükselmiştir (SB, 2007).

Tablo 16: Düzce İli Sağlık Ocaklarında Yapılan Poliklinik, Laboratuvar ve Doğum Hizmetleri ile ilgili Göstergelerin Dağılımı 2002-2006

	2002	2003	2004	2005	2006
Kişi başı ortalama poliklinik sayısı	1.2	1.3	1.5	2.0	3.7
Poliklinik başına ortalama laboratuvar sayısı	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1
Sevk Hızı %	17.5	20.8	9.1	5.9	19.5
Sağlık personeli olmadan yapılan doğum sayısı %	2.2	1.6	1.1	0.8	0.8
Bebek başına ortalama izlem sayısı	5.7	4.8	5.9	6.6	8.6
Çocuk başına ortalama izlem sayısı	1.0	0.9	1.5	2.1	1.5
Gebe başına ortalama izlem sayısı	3.0	2.8	3.3	3.8	5.3
Loğusa başına ortalama izlem sayısı	1.1	1.0	1.3	1.6	1.9

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere Düzce’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan poliklinik oranı 2003 yılından itibaren bir artış göstermiştir. Bu durum 2003 yılında yürürlüğe konulan sevk zinciri zorunluluğunun bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Sevk hızı ise aynı şekilde 2003 yılında artış göstermiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli parametrelerinden olan bebek, loğusa ve gebe izlemleri yıllar içinde artış göstermiştir.

Tablo 17: Düzce Sağlık Ocağı Çalışmaları- 2006

Poliklinik hizmetleri	Toplam muayene sayısı	1.192.122
	Başka kuruma sevk sayısı	231.968
Laboratuvar Çalışmaları	İdrar	31.065
	Kan	103.664
	Dışkı	141
	Seroloji	5621
	Sıtma Kanı	127
	Gebelik Testi	6777
	Diğer	1177
Diğer Çalışmalar	Küçük cerrahi müdahale	4044
	Adli otopsi sayısı	8
	Adli rapor sayısı	3023
	Defin ruhsatı sayısı	208

Kaynak: SB, 2007.

Düzce sağlık ocaklarında yapılan işlemler incelendiğinde; ise birinci basamak muayene ve hastaların ikinci basamağa sevklerinin yoğunluk kazandığı görülmektedir. Bunun dışında sağlık ocağında sağlık personeli tarafından basit laboratuvar tetkikleri, küçük acil müdahale ve adli işlemlerde yapılmaktadır.

Tablo 18: Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde Çalışan Hekim/Ebe Başına Düşen Yıllık Ortalama Poliklinik ve İzlem Sayısı, 2006

Hekim Başına Düşen Yıllık Ortalama Poliklinik Sayısı		9313
Ebe Başına Düşen Yıllık Ortalama İzlem Sayıları	Gebe	238
	Loğusa	87
	Bebek	389
	Çocuk	343

2006 yılında sağlık ocağı hekimi başına düşen poliklinik sayısı ve ebe başına düşen riskli grubun izlem sayısının yüksek olduğu görülmektedir. Bunun en önemli nedeni ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan personel yetersizliğidir.

Tablo 19: Sağlık Ocakları/ Evlerinde Görev Yapan Sağlık Personeli Başına Düşen Ortalama Nüfus Oranları, 2006.

	Düzce	K. deniz	Marmara	İç An.	Ege	Akdeniz	D. An.	G.Doğu Anadolu	Türkiye
Hekim Sayısı	128	1821	3103	2366	2982	2335	1099	1314	15020
Hekim Ba.Düş. Or.Nüfus	2551	3981	5861	4575	3021	3732	4948	4846	4380
Ebe Sayısı	115	3222	3557	3509	4800	4054	1843	1522	22507
Ebe Ba. Düş.Or. Nüfus	2839	2250	5113	3085	1877	2149	2951	4183	2923
Hemşire Sayısı	90	1838	2220	2175	2982	1712	1085	909	12921
Hem.Ba.Düş.Or.Nüf. üf.	3628	3944	8192	4977	3021	5090	5012	7004	5092
Sağlık memuru sayısı	32	1136	621	1169	1022	758	673	490	5869
SM.Ba.Düş.Or.Nüfus	10203	6381	29286	9260	8816	11495	8081	12994	11210

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere Düzce ili birinci basamak sağlık personeli oranının Türkiye genel ortalamasından ve kendisinin içinde bulunduğu

Karadeniz Bölgesi ortalamasından daha iyi durumda olduğu söylenebilir. Ülkenin geneline ve diğer bölgelerine göre birinci basamak sağlık hizmeti açısından çok daha iyi konumda olan Düzce ilinde hayata geçirilen aile hekimliği pilot uygulaması ülkenin genelini yansıtmadığı için çok doğru bir seçim olmamıştır.

Düzce ilinde deprem sonrası yapılan alt yapı çalışmaları, nüfusun göç sebebiyle kırdaki daha yoğun olması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunun Türkiye genelini yansıtmaması, kişi başına düşen gelirin ülke genelinden fazla olması ve en önemlisi aile hekimliğinin finansman boyutu hayata geçirilmeden pilot uygulamanın başlatılması gibi ana nedenlerden dolayı Düzce ili aile hekimliği uygulaması gerçek bir pilot uygulama olarak değerlendirilmemektedir.

Düzce'de 15 Eylül 2006 da başlatılan Aile Hekimliği, bir plan dâhilinde değil, deneme yanılma yöntemiyle çeşitli aşamalardan geçilerek uygulanmıştır. Aile Hekimliği başladığında, yönetmelikler çıkarılmış ve uygulamanın seyrine göre yönetmelik değişiklikleri yapılmıştır.

Başlangıç Evresi

Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkındaki kanun 9 Aralık 2004 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanmıştır. 2005 yılı içerisinde Düzce'de hekimlere 10 günlük, ebe-hemşirelere 3 günlük Aile Hekimliği uyum eğitimi verilmiştir. Düzce ilindeki aile hekimliği uygulamasının, pre-pilot olarak, Cumayeri, Gümüşova, Dereli Tütüncü, Duraklar, 6 No'lu Sağlık Ocağı ve Dünya Bankası Sağlık birimlerinde başlatılması planlanmış ve toplam 14 aile hekimliği biriminde uygulama yapılmıştır. Bu birimlere hekim ve yardımcı sağlık personeli görevlendirmesi yapılarak, 16 Mayıs 2005 tarihinde pre-pilot uygulaması başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 15 Eylül 2005 tarihinde ilin tamamının pilot uygulama kapsamına alınmasına karar verilmiştir (İlter,2008). Aile hekimliği sonrası Sağlık Ocağı uygulamasının yerini Toplum Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri ve Aile Hekimliği birimleri almıştır (İlter, 2008).

AH ÖNCESİ

Sağlık Grup Başkanlığı
 Sağlık Ocağı
 Sağlık Evi
 AÇSAP Merkezi
 Verem Savaş Dis.
 İşyeri Hekimliği
 Sağlık Merkezi
 Halk Sağlığı Lab.
 112 Acil Servis Birimleri

AH SONRASI

Toplum Sağlığı Merkezi (SGB)
 Aile Sağlığı Merkezi
 Aile Hekimliği Birimi
 Sağlık evi
 AÇSAP Merkezi
 Verem Savaş Dis.
 İşyeri Hekimliği
 Sağlık Merkezi
 Halk Sağlığı Lab.
 112 Acil Servis Birimleri

Düzce’de başlangıçta ve devamındaki 3-4 ayda, uygulamaya geçişte hastalar ve çalışanlar açısından kaotik bir süreç ortaya çıkmıştır. Aile Sağlığı Elemanlarının yerlerinin belirsizliği, mahalle sınırlarının net ortaya çıkmaması, Toplum Sağlığı Merkezlerinin geç kurulması ve buralarda yapılacak işlerin belirlenmemesi vb nedenler bu ortamın doğmasına neden olmuştur. Bu dönemde sevk zorunluluğu işletilmemiştir. 3000 nüfusa 1 aile hekimliği üzerinden 104 Aile Hekimliği birimi oluşturulmuş ise de ilk dönemde bu birimlerin 80'ine hekim bulunabilmiştir. 3000 nüfusun bağlandığı bazı hekimler mahallelere çıktığında göçler ve belediyenin yıkımları gibi çeşitli sebeplerden dolayı kendilerine bağlanan nüfusun bazen 1/3'ünü bazen yarısını bulabilmiştir. Hekimlere giderler için verilen ve karşılığında fatura istenmeyen 1.900 YTL' den kira ve performans kesintileri yapılmamıştır (SES, 2006; Pehlivan 2007; TTB, 2006: 13). Bu süreçte 2002 yılında sayıları 181 olan sağlık evi sayısı aile hekimliği ile toplam 60’a düşürülmüştür.

Bir süre sonra hastaların hastanelerde istenilen ya da uygun görülen bölüme Aile Hekimleri tarafından randevu alınarak gönderilmesi uygulaması başlatılmış, bu durum hastalarda kısa süren bir memnuniyet yaratmıştır. Çünkü; uygulama 8 ay sürebilmiş, hastanelerin alt yapısının uygun olmaması ve yığılmalardan dolayı uygulama her poliklinik için uygulanamamış, sayısı 3-4'ü geçmeyen belli branşlarla sınırlı kalmıştır. Bu uygulama aile hekimlerinin hasta yoğunluğunun artmasıyla da tamamen rafa kaldırılmıştır (SES, 2006) . Uygulamaya yöneltlen temel eleştiri noktalarından en önemlisi aile hekimliği uygulamasının başladığı bu dönemde hastalara tüm hizmetlerin ücretsiz olarak verilmesidir (TTB, 2006: 15).

Uygulamanın Yerleştirilmeye Çalışıldığı 2. Evre

Bu dönem uygulamanın yerleştirilmesi için yönetmelik ve uygulama dışı ara formüllerin geliştirilmeye çalışılmasının yoğunlaştığı dönem olarak değerlendirilebilir. Bu dönemde eksik olan 24 Aile Hekimliği birimi, hekimlerin de yoğun talebi ile doldurulmuştur. 6 aylık sürenin 2006 yılı Nisan ayında dolmasıyla birlikte hekim değiştirme süreci başlamış, hekim değiştirmek için kısa sürede 8.000 dilekçe verilmiştir. Piyasacı bir sistem olan Aile Hekimliğinde, bu uygulamanın başlaması ile birlikte bazı hekimler kahvelere ve mahallelere değiştirme formlarını çoğaltarak dağıtma yoluna gitmiştir. Son dönemde ise bu tür davranışlar azalmıştır. Çünkü hekim başına bağlanan nüfus 3000'den 3500'e çıkmış, iş yoğunluğu artmıştır. Hekim değiştirme formlarında “hekimden gezici hizmet talep edilemez” ibaresine yer verilmesi, sistemin kendini reddi olarak değerlendirilebilir (SES,2006).

2006 yılı Mayıs ayı ile birlikte aşı-gebe-bebek izleme oranlarından dolayı kesintiler başlatılmıştır. Bilgisayar programından kaynaklı olarak işlenen aşılarda Sağlık Müdürlüğü istatistiklerinde düşük gözükmiştir. Kartlara işlenen aşılamada oranları standartlar içinde yer alırken, bilgisayar oranları veri kabul edilmiş ve Sağlık Bakanlığına iletilmiştir. Bilgisayardaki program hatası, aşılarda az görülmesi nedeniyle geçmişe yönelik performans kesintisi yapılması üzerine fark edilmiştir. Kesinti miktarları sözleşmeli hekimlerde ortalama 500-600 YTL, sözleşmeli Aile Sağlığı elemanlarında 200-250, sözleşmeli olmayan Aile Sağlığı elemanlarında 50-60 YTL civarında gerçekleşmiştir (TTB, 2006: 20).

Sevk Zorunluluğunun Başlaması

26 Haziran' 2006 da sevk zorunluluğunun başlaması ile birlikte hekimlerin poliklinik sayısı 2- 3 kat artmıştır. Günlük başvuru sayısı 130–200 arasında değişmektedir. İzin ayının başlaması nedeniyle izne ayrılan hekim ve aile sağlığı elemanlarının işlerini de yürütmekte olan personelin poliklinik sayısı yukarıdaki rakamı 2'ye katlayabilmektedir. İzinlerin başlaması, yaz ayı nedeniyle artan ishal vakaları ve başka illerden gelen hastaların (misafir hasta) artması nedeniyle iş yükü kaldırılamaz boyutlara ulaşmıştır. Aşı, gebe, bebek takiplerinin yapılmasında zorlanılmış, hizmet sunumunun merkezine poliklinik hizmetleri yerleşmiştir (Pala, Yavuz, 2006).

Bu dönemde mahalle ve köylere yapılan gezici hizmetler neredeyse durma noktasına gelmiştir. Sevklerin başlaması sürecini, hekimler-aile sağlığı elemanları ve halk açısından, uygulamanın yüzünün açığa çıktığı bir kırılma noktası olarak değerlendirmek yanlış olmayacaktır. Hastaneye gitmek için Aile Hekiminden sevk almak zorunda olan halk bu uygulamayı hastaneye gittiğinde öğrenmiş ve ilçesine/mahallesine geri dönüp sevk almak zorunda kalmıştır. Yönetmelik gereği hekimin sevk edeceği hasta sayısını aşması durumunda performans kesintisi yapılmış, dolayısıyla başvuran her hasta sevk alamamakla yüz yüze gelmiştir. Bu durum halkın şikâyetlerini de açığa çıkarmaya başlamıştır (TÜRK SAĞLIK-SEN, 2007).

Haziran 2006'dan itibaren hekimlerin kullandıkları binaya ve kullanılan eşyalara kira ödemesi süreci başlatılmıştır. Hekimlerden geçmiş 9 aya yönelik kira bedelleri toplu alınmış, bundan sonraki kiralar ise ücret kesintileriyle alınmıştır. Kira tespiti ilde oluşturulan komisyon tarafından semtin rayici ve kullanılan metrekare üzerinden belirlenmiştir. 4-5 kişinin kullandığı merkezlerde 1 Aile Hekimine yıllık kira bedeli olarak 3-11 milyar arasında pay düşmüştür. Bilgisayar, masa, sandalye, tıbbi cihazlar vb. kullanılan malzemelerin bedeli tespit edilmiş ve kesintisi yapılmıştır. Düzce'de bulunan 104 Aile Sağlığı Merkezi (aile hekimi) istifa, emeklilik gibi nedenlerle 100'e düşmüş, ayrılan hekimlerin yerine yeni hekim atanamamış, ayrılan hekimlere bağlı nüfus diğer hekimlere paylaştırılmıştır. Bunun nedeni aile hekimlerine bağlanan nüfusun 3500-4000'e çıkartılarak, aile hekimi sayısının 85'e düşürülmek istenmesidir (SES, 2006; PHD, 2006).

2008 Yılında Düzce'de Aile Hekimliği

Düzce'de pilot olarak 2005 yılında uygulamaya başlanılan aile hekimliği uygulamasının sonuçlarına ilişkin Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlüğü tarafından oldukça kısıtlı bilgi paylaşımı yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın her yıl yayınladığı Temel Sağlık Hizmetleri İstatistikleri en son 2006 yılında yayınlanmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü internet sayfasında ise en son 2007 yılına ait poliklinik, aşılama, izlem oranlarına ilişkin veriler bulunmaktadır. Verileri bulunan parametreler, aynı zamanda aile hekimlerinin performans göstergeleridir. Bu anlamda gözlenen iyileşmeler çok gerçekçi olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu, niteliği,

kapsamı ve işlerliğini en iyi yansıtan bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, bulaşıcı hastalıkları insidansı gibi verilere ulaşamamaktadır. Bu nedenle pilot uygulamaya ilişkin gerçekçi değerlendirmeler yapılamamaktadır.

Tablo 20: Düzce’de Birinci Basamakta Görevli Hekim Sayısı: 2004-2008

	2004	2008
Hekim	62	113
Uzman Hekim	1	3
Toplam	63	115

Kaynak: Şimşek, 2009.

Düzce ilinde 2004 yılında birinci basamakta görevli hekim sayısı toplam 63 iken, 2008 yılında hekim sayısının 115’ e çıktığı gözlenmektedir. Ancak bu belirtilen sayı aile hekimliği olarak çalışmayı kabul edenlerle toplum sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlerin toplamıdır. 2008 verilerine göre aile sağlığı merkezlerinde sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi sayısı 97’dir. Aile sağlığı merkezinde görevlendirme yoluyla çalışan bir hekimle birlikte aslında aile sağlığı merkezlerinde görev yapan toplam 98 aile hekimi bulunmaktadır. 2006 yılında Düzce’de birinci basamakta görev yapan hekim sayısı toplam 128’dir. Aile hekimliği uygulamasıyla birlikte birinci basamakta görevli hekim sayısında bir azalma yaşanmıştır.

Tablo 21: Düzce’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekime Düşen Ortalama Nüfus ve Kişi Başına Düşen Poliklinik Oranı 2004-2008.

	2004	2008
Hekim başına düşen ortalama nüfus	4.814	3524
Kişi başına düşen ortalama poliklinik sayısı	1.7	3.3

Kaynak: Şimşek, 2009.

Yukarıdaki tabloda 2004 yılından 2008 yılına kadarki süreçte; hekim başına düşen ortalama nüfus ve kişi başına düşen ortalama poliklinik sayısında, aile

hekimliği uygulamasının uygulandığı dönemde olumlu yönde bir değişim yařandđı gözlenmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılı Temel Sağlık Hizmetleri İstatistiğinde Düzce'de hekim başına düşen ortalama nüfus 2551 ve kişi başına düşen poliklinik sayısı ise 3,7'dir. Buna göre aile hekimliği sürecinde hekim başına düşen nüfus oranında bir artış yaşanırken, kişi başına düşen poliklinik sayısında ise bir azalma yaşanmıştır.

Tablo 22: Düzce'de 2008 Yılında Yapılan İzlem Sayıları

	2004	2008
Gebe izlem	2.9	3.3
Loğusa izlem	1.7	1.7
Bebek İzlem	7.5	9.3
Çocuk izlem	1.8	1.5

Kaynak: şimşek, 2009.

Görüldüğü üzere 2008 yılında bebek ve gebe izlem sayılarında 2004 yılına göre bir artış yaşanmıştır. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın Temel Sağlık Hizmetleri 2006 yılı istatistiklerine göre; gebe izlem sayısı 5,3, loğusa izlem sayısı 1,9, bebek izlem sayısı 8,6, çocuk izlem sayısı ise 15 olarak saptanmıştır. Bu durumda gebe izlem sayısının aile hekimliği uygulaması ile azaldđı söylenebilir. Özellikle aile sağlığı merkezinde poliklinik sayısının ve kırtasiye yükünün fazlalılığı, sağlık merkezine gelmeyen gebelerin tespitinin güçleşmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla bu izlemler tespit edilen ve aile sağlığı merkezine başvuranlara yapılabilir. Loğusa izlemleri performans kriteri olmadđı için 2006 yılına göre bir düşüş yaşanmıştır. Tek olumlu gelişmenin bebek izleminde yařandđı görülmektedir. Ancak 0-12 ay bebeklerin toplam yedi kez izlenmesi ve Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen aşı takviminin uygulanması gerekmektedir. Dolayısıyla aşı olmak için gelen bebeklerin aynı zamanda izlemleri de yapılabilir. Çocuk izlemlerinin performans kriteri olmadđı için izlem oranında bir değişiklik yařanmadđı görülmektedir.

Tablo 23: Düzce’de Aşılama Hizmetleri 2004-2008

	2004	2006
BCG %	84	95
DaBT-IPA-HİB	91	95
OPA	91	95
HBV3	87	93
KKK	85	96

Kaynak: Şimşek,2009.

Aşılama hizmetleri ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; BCG aşılama oranının 2004 yılında % 84 iken 2008 yılında % 95 oranlarına çıktığı; DaBT-IPV-HİB ve OPV aşılama hizmetlerinin % 91’den % 95’e yükseldiği; Hepatit B aşılama oranının 2004 yılında % 87 iken 2008 yılında % 93 olduğu, KKK aşı oranının aynı yıllar için % 85 oranından % 96’ya yükseldiği görülmektedir. Aynı aşılama hizmetleri için 2006 yılı verileri incelendiğinde; BCG aşılama oranının % 99; DBT aşılama oranının % 101; OPV aşılama oranının % 101; Hepatit- B aşılama oranının % 99 ve KKK aşılama oranının ise % 100 olduğu saptanmıştır. Bu durumda aile hekimliği uygulaması ile aşılama hizmetlerinde düşüş yaşandığı söylenebilir.

Türkiye’de aile hekimliği uygulamasının hayata geçirildiği ilk kent olan Düzce’ye dair tüm istatistikler ne yazık ki paylaşılmamaktadır. Bakanlığın ve il sağlık müdürlüğünün açıkladığı veriler genelde aile hekimi sisteminin birinci basamak sağlık hizmetlerinde pozitif etki yarattığını gösteren verilerdir. Bu nedenle aile hekimliği modelinin gelişim sürecine ilişkin daha genel ve kapsamlı bir değerlendirme yapılamamaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

ISPARTA ve BURDUR İLLERİ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

Bu araştırma Isparta ve Burdur illerinde yürütülmüştür. Isparta’da 32, Burdur’da 16 olmak üzere toplam 48 aile hekimi görüşülmüştür. Aile hekimleri ile yapılan görüşmelerde hekimlere 35 açık uçlu soru yöneltilmiştir. Görüşme metinlerinin çözümlenmesinde, alınan cevaplar kapalı uçlu hale getirilmiş ve değerlendirme SPSS programı kullanılarak yapılmıştır. Yüz yüze yapılan görüşmeler doğrultusunda aile hekimlerinin mesleki süreçleri, mevcut çalışma koşulları ve bu koşulları nasıl değerlendirdikleri, aile hekimliği sistemi hakkındaki görüş ve önerileri, mesleki anlamda geleceğe bakışları belirlenmeye çalışılmıştır. Gerek Isparta gerekse Burdur aile hekimliği sisteminin uygulama sürecine ilişkin Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlüğü istatistiksel verileri paylaşmadığından, sisteme ilişkin değerlendirme aile hekimleri ile yapılan görüşmeler doğrultusunda yapılmıştır.

4.1. Sosyo-Demografik Veriler

Çalışma kapsamında Isparta ve Burdur kent merkezlerinde toplam kırk sekiz (48) aile hekimi yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşülen aile hekimlerinden otuz ikisi (32) yani %66,7’si Isparta kent merkezinde, on altısı (16) yani %33,3’ü ise Burdur kent merkezinde görev yapmaktadır.

Çalışma sürecinde görüşülen aile hekimlerinden Isparta’da görev yapan 32 hekimin sekizi (8) kadın, 24’ü erkektir. Burdur’da görüşülen 16 hekimin üçü (3) kadınsa on üçü (13) erkektir. Her iki ilde görüşülen toplam kırk sekiz hekimin on biri (11) yani %22,9’u kadın, otuz yedisi (37) yani %77,1’i erkektir.

Her iki ilde görüşülen toplam 48 aile hekiminden 45’inin evli olduğu görülmektedir. Evli olan hekimlerin genel yüzdelik oranı ise 93,8’dir. Isparta ilinde görüşülen 32 aile hekiminin 30’u evliyken Burdur ilinde görüşülen 16 hekimin 15’i evlidir. Görüşülen hekimler içinde bekâr hekim sayısı toplamda 3’tür. Bu sayı Isparta için 2 iken Burdur için yalnızca 1’dir. Görüşülen tüm hekimler arasında bekar olanların oranı ise %6,3’tür.

Tablo 24: Görüşülen Kişinin Yaşı

			Görüşülen Kişinin Yaşı				Toplam
			31-35 Yaş	36-40 Yaş	41-45 Yaş	46 Yaş ve Üzeri	
Görüşmenin Yapıldığı İl	Isparta	Sayı	0	15	11	6	32
		Toplam %	0%	46.9%	34.4%	18.7%	100%
	Burdur	Sayı	1	5	4	6	16
		Toplam %	6.2%	31.3%	25%	37.5%	100%
Toplam		Sayı	1	20	15	12	48
		Toplam %	2,1%	41,7%	31,2%	25,0%	100,0%

Görüşülen hekimlerin yaş dağılımları ele alındığında Isparta’da 31-45 yaş aralığında hiç hekim bulunmazken Burdur’da bu yaş aralığında 1 hekim olduğu görülmektedir. 36-40 yaş aralığına bakıldığında ise Isparta’da 15, Burdur’da ise 5 hekim bulunmaktadır. Isparta’da 11 hekim 41-45 yaş aralığındayken Burdur için bu yaş aralığında bulunan hekim sayısı 4’tür. 46 yaş ve üzerinde olan hekim sayısı ise her iki il için de 6’dır. Yaş gruplarının yüzdelik dağılımlarına bakıldığında ise; sırasıyla 31-35 yaş aralığında bulunan hekimin %2,1, 36-40 yaş aralığında bulunan hekimlerin %41,7, 41-45 yaş aralığında bulunan hekimlerin %31,3 ve 46 yaş ve üzerinde olan hekimlerin %25 oranında olduğu görülmektedir.

4.2. Aile Hekimliği Öncesinde Hekimlerin Mesleki Süreçleri

Çalışma kapsamında görüşülen hekimlerin öğrenim durumu ve görevlendirilme biçimleri ele alındığında, yalnızca bir hekimin tıpta uzmanlık eğitimi almış olduğu ve aile hekimi uzmanı olarak görev yaptığı sonucu karşımıza çıkmaktadır. Pratisyen hekim olarak görev yapan diğer 45 hekimin ise tıp fakültesi mezunu olduğu görülmektedir. Görüşülen tüm hekimler arasında tıpta uzmanlık eğitimi alarak aile hekimi uzmanı olarak görev yapan hekim oranı % 2,1 iken, tıp fakültesi mezunu olan ve pratisyen hekim olarak görev yapan hekimlerin oranı ise %97,9’dur. Aile hekimliği modelinin uygulandığı diğer ülkelere bakıldığında; birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu aile hekimliği kapsamında uzman hekimlerin görev aldığı görülmektedir. İngiltere’de birinci basamak sağlık

hizmetlerinde çalışmak isteyen hekimlerin aile hekimliği uzmanlık eğitimi almaları gerekmektedir. Almanya örneğine bakıldığında ise, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmak için hekimlerin herhangi bir dalda uzmanlık eğitimi almış olmaları yeterli görülmektedir. Türkiye’de ise, birinci basamak sağlık hizmetlerinde istihdam edilecek yeterli sayıda aile hekimi uzmanı bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı aile hekimi uzmanı sayısını arttırmak için tıp fakültelerinden yeni mezun olmuş olan hekimlere aile hekimliği uzmanlığını daha cazip hale getirmeye çalışmaktadır. Ancak Dünya Bankası ile yapılan kredi anlaşması çerçevesinde, aile hekimliği modelinin bir an önce hayata geçirileceği taahhüdünde bulunulduğundan, aile sağlığı merkezlerinde pratisyen hekimlerin istihdam edilmesinin önünü açan bir düzenleme yapılmış ve görev almak isteyen pratisyen hekimler aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi olarak görevlendirilmiştir.

Görüşülen hekimlerin büyük çoğunluğu (%95,8) 13 yıl ve üzeri zamandır hekimlik yaptığını ifade etmiştir. Bu ifadeden; Isparta ve Burdur’da görev yapan aile hekimlerinin önceden de kamu ya da özel sağlık kurumlarında görev yapmakta olduğu ve pilot uygulama kapsamında her iki ilde de tıp fakültelerinden yeni mezun olmuş olan hekimlerin yer almadığı, sonucuna ulaşılabilmektedir.

Tablo 25: Görüşülen Kişinin Görüşmenin Yapıldığı İldeki Toplam Çalışma Süresi (Yıl).

			Görüşülen Kişinin Görüşmenin Yapıldığı İldeki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)						Toplam
			4-6 Yıl	7-9 Yıl	10-12 Yıl	13-15 Yıl	16-18 Yıl	19 Yıl ve Üzeri	
Görüşmenin Yapıldığı İl	Isparta	Sayı	2	3	4	14	6	3	32
		Toplam %	6.3%	9.4%	12.5%	43.7%	18.7%	9.4%	100%
	Burdur	Sayı	0	4	2	3	0	7	16
		Toplam %	0%	25%	12.5%	18.8%	0%	43.7%	100%
Toplam		Sayı	2	7	6	17	6	10	48
		Toplam %	4,2%	14,6%	12,5%	35,4%	12,5%	20,8%	100,0%

Her iki ilde de görüşülen hekimlerin tümü aile hekimliği pilot uygulamasının başladığı tarihten itibaren aile hekimliği sisteminde yer almaktadır. Isparta’da

görüşülen hekimlerin tümü uygulamanın başladığı 2006 yılından beri, Burdur’da görüşülen hekimlerin tümü ise uygulamanın başladığı 2008 yılından beri aile hekimi olarak görev yaptıklarını belirtmişlerdir. Görüşülen hekimlerin tümünün en başından itibaren sistemde yer alıyor olmaları, bu çalışma açısından nesnel sonuçlara ulaşılmasında bir avantaj olarak görülebilir.

Tablo 26: Görüşülen Kişinin Aile Hekimi Olarak Çalışmaya Başlamadan Önce Çalıştığı Birim

			Görüşmenin Yapıldığı İl		Toplam
			Isparta	Burdur	
Görüşülen Kişinin Aile Hekimi Olarak Çalışmaya Başlamadan Önce Çalıştığı Birim	Sağlık Ocağı	Sayı	22	6	28
		Toplam %	68,8%	37,5%	58,3%
	Hastane	Sayı	6	5	11
		Toplam %	18.8%	31.3%	22,9%
	Kurum Tabipliği	Sayı	0	2	2
		Toplam %	0%	12.5%	4,2%
	Özel Sağlık Kuruluşu	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3.1%	0%	2,1%
	Sağlık Müdürlüğü	Sayı	1	1	2
		Toplam %	3,1%	6.2%	4,2%
	Anne-Çocuk Sağlığı Merkezi	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
	112 Acil Servis	Sayı	1	2	3
		Toplam %	3,1%	12,5%	6,3%
Toplam		Sayı	32	16	48
		Toplam %	100%	100%	100,0%

Çalışma kapsamında görüşülen hekimlerin aile hekimliği sistemine dahil olmadan önce görev yaptıkları kurumlar ele alındığında; görüşülen hekimlerin 28’i yani %58,3’ü sağlık ocaklarında görev yaptıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerden 11’i (%22,9) kamu hastanesinde, 3’ü (%6,3) 112 Acil Servis’te, 2’si (%4,2) kamu kurum tabipliklerinde ve 2’si (%4,2) sağlık tabipliklerinde görev yapmış olduklarını ifade

ederken; 1'er hekim ise (%2,1 ve toplamda %4,2) anne çocuk sağığı merkezi ve özel sağığı kuruluşunda görev yapmış olduklarını belirtmişlerdir. Her iki ilde görüşülen aile hekimlerinin birinci basamak sağığı hizmetlerinin en önemli kurumu olan sağığı ocaklarından gelmiş olmaları sistemin işleyişi açısından olumlu kazanımlar sağılamaktadır. Ancak aynı şekilde %42.7 oranındaki 20 hekimin aile hekimi olmadan önce idari ve tedavi edici sağığı kurumlarında çalışmış olmaları ve birinci basamak sağığı hizmeti sunumunda deneyim sahibi olmamaları da sistem açısından bir dezavantaj olarak görülebilir. Bu ifadeden hareketle, aile hekimliğı uygulamasına geçmeden önce sağığı ocaklarında görev yapan hekimlerin sayıca yetersiz oldukları ya da tümünün aile hekimi uygulamasında yer almayı kabul etmediklerini ileri sürmek olanaklı hale gelmektedir. Bu nedenle Dünya Bankası ile imzaladığı kredi anlaşması nedeniyle modeli bir an önce uygulamaya koyması gereken Sağığı Bakanlığı'nın, aile hekimi sayısındaki açığı kapatmak adına sistemde yer almayı kabul eden hekimlerin tümünün, birinci basamak sağığı hizmetlerinde yetkinliğı sorgulanmaksızın istihdam edildiğı de düşünölebilir. Bakanlığın sisteme yönelik hazırladığı yönetmeliklerde de, aile hekimi olmak için herhangi bir alanda uzmanlık eğitimi almış olmak ya da tıp faköltesi mezunu olmanın yeterli olduğı belirtilmektedir. Bu doğırultuda, aile hekimliğı modeline geçişte amacın; birinci basamak sağığı hizmetlerinde kalite ve etkililiğın arttırılmasından çok, Dünya Bankası istek ve önerileri doğırultusunda uygulamayı yürürlöğe koymak olduğı ifade edilebilir.

4.3. Aile Hekimliğı Süreci

Çalışma kapsamında her iki ilde görüşülen toplam 48 hekimin tümü "Aile Hekimliğı Kapsamında Sözleşmeli Personel" olarak istihdam edilmektedirler. Aile hekim olarak çalışmayı kabul eden hekimler, sağığı Bakanlığı yetkilileri ile bir yıllık sözleşme imzalamaktadırlar. Bu süreçte, 657 sayılı yasaya bağılı olan hekimler daha önce çalıştıkları kurumda ücretsiz izinli sayılmaktadırlar. Aile hekimlerine kayıtlı kişi sayısı üç kez üst öste 1000 kişinin altına düşerse ya da performans kriterleri ve hasta memnuniyeti sağılanamazsa, hekimlerin sözleşmesi feshedilmektedir. Aile hekimliğı sisteminde sağığı personelinin sözleşmeli olarak istihdam edilmelerinin, yeni liberal anlayışın temel savlarından olan kamuda esnek çalışma anlayışını yansıttığı söylenebilir.

Tablo 27: Görüşülen Kişiyeye Sağlık Müdürlüğü Tarafından Bölge İle Verilen İlk Kayıtlı Kişi Sayısı

			Görüşmenin Yapıldığı İl		Toplam
			Isparta	Burdur	
Görüşülen Kişiyeye Sağlık Müdürlüğü Tarafından Bölge İle Verilen İlk Kayıtlı Kişi Sayısı	2500-2750	Sayı	1	1	2
		Toplam %	3,1%	6.3%	4,2%
	2751-3000	Sayı	4	1	5
		Toplam %	12.5%	6.3%	10,4%
	3001-3250	Sayı	9	1	10
		Toplam %	28,2%	6.3%	20,8%
	3251-3500	Sayı	15	10	25
		Toplam %	46.9%	62.5%	52,1%
	3501-3750	Sayı	2	3	5
		Toplam %	6,2%	18.6%	10,4%
	3751-4000	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
Toplam		Sayı	32	16	48
		Toplam %	100%	100%	100,0%

Aile hekimliği uygulamasına geçilmeden önce İl Sağlık Müdürlükleri belirlenen aile hekimi pozisyonlarına coğrafi olarak nüfusu dağıtmışlardır. Bu süreçte her aile hekimine yönetmelikte öngörüldüğü üzere yaklaşık 3000-3500 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde kayıtlı kişi dağıtımı yapılmıştır. Ancak sistem uygulamaya konulduğu sırada İl Sağlık Müdürlükleri'nin elinde bulunan nüfus bilgileri çok da sağlıklı ve güncel olmadığından, taşınma, ölüm vb nedenlerle o bölgede yaşamayan kesimlerin de bölge aile hekimine kayıtlı olduğu, bu nedenle aile hekimleri tarafından yapılan nüfus güncellemeleri sonucunda aile hekimlerine kayıtlı kişilerin sayısı genellikle azaldığı belirtilmiştir.

Tablo 28: Görüşülen Kişinin Şu Andaki Kayıtlı Kişi Sayısı

			Görüşmenin Yapıldığı İl		Toplam
			Isparta	Burdur	
Görüşülen Kişinin Şu Andaki Kayıtlı Kişi Sayısı	2751-3000	Sayı	3	1	4
		Toplam %	9,4%	6,3%	8,3%
	3001-3250	Sayı	2	2	4
		Toplam %	6,2%	12,5%	8,3%
	3251-3500	Sayı	7	1	8
		Toplam %	21,9%	6,3%	16,7%
	3501-3750	Sayı	6	1	7
		Toplam %	18,7%	6,3%	14,6%
	3751-4000	Sayı	7	7	14
		Toplam %	21,9%	43.6%	29,2%
	4001 ve üzeri	Sayı	7	4	11
		Toplam %	21,9%	25%	22,9%
Toplam		Sayı	32	16	48
		Toplam %	100%	33,3%	100,0%

İl Sağlık Müdürlüğü tarafından aile hekimlerine kayıtlanan kişi sayısı, nüfus bilgileri güncellendikten sonra azalsa da süreç içinde aile hekimlerine kayıtlı hasta sayısı giderek artmıştır. Tablo 13’de de görüldüğü üzere görüşülen aile hekimlerinden 44’ünün kayıtlı kişi sayısı 3000 ve üzeridir. Görüşülen aile hekimlerinin 11’nin kayıtlı kişi sayısı 4000 ve üzerindedir. Aile hekimlerinin ücretlendirilmesinde kayıtlı kişi sayısının temel kriterlerden biri olması ve 1000 kişinin üzerindeki her kişi için 1 TL ek ödeme yapılması hekimlerin kayıtlı kişi sayılarını arttırmaları yönünde çaba sarf etmelerine neden olabilmektedir. Gözden kaçırılmaması gereken en önemli nokta ise bu kadar yoğun bir nüfusa iki kişiden oluşan bir ekibin birinci basamak sağlık hizmetlerini ne ölçüde etkin ve etkili olarak sunabileceğidir.

Tablo 29: Görüşülen Kişinin Günlük Ortalama Başvuru Sayısı

			Görüşmenin Yapıldığı İl		Toplam
			Isparta	Burdur	
Görüşülen Kişinin Günlük Ortalama Başvuru Sayısı	25	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
	30	Sayı	2	0	2
		Toplam %	6,2%	0%	4,2%
	40	Sayı	5	0	5
		Toplam %	15,6%	0%	10,4%
	45	Sayı	1	2	3
		Toplam %	3,1%	12,5%	6,3%
	50	Sayı	9	4	13
		Toplam %	28.4%	25%	27,1%
	55	Sayı	1	2	3
		Toplam %	3,1%	12.5%	6,3%
	60	Sayı	4	4	8
		Toplam %	12,5%	25%	16,7%
	65	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
	70	Sayı	4	2	6
		Toplam %	12,5%	12.5%	12,5%
	75	Sayı	0	1	1
		Toplam %	0%	6,1%	2,1%
	80	Sayı	2	1	3
		Toplam %	6,2%	6,1%	6,3%
	90	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
	100	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
Toplam		Sayı	32	16	48
		Toplam%	66,7%	33,3%	100,0%

Görüşülen aile hekimlerinin 31'i günlük ortalama başvuru sayısının (poliklinik hizmeti için) 50-70 kişi arasında yoğunlaştığını ifade etmişlerdir. Günlük

başvuru sayısı kimi hekimler için günde 100 kişiye kadar ulaşmaktadır. Görüşmeye katılan bazı aile hekimleri diğer koruyucu sağlık hizmetlerine zaman yaratabilmek ve gelen hastalarla daha fazla ilgilenabilmek adına randevu sistemi oluşturduklarını belirtmişlerdir. Günümüzde sevk zincirinin uygulanmaması nedeniyle de poliklinik sayısı azalmaktadır. Ancak sevk zinciri uygulamasına geçilmesiyle birlikte hastaların ikinci ve üçüncü basamağa gidebilmeleri adına aile hekiminden sevk almaları gerekecektir. Bu durumda da aile hekimlerinin günlük başvuru sayısı bir kat daha artabilecektir. Nitekim Isparta’da pilot olarak uygulanan sevk zinciri zorunluluğu sürecince günlük başvuru sayısının 120’ye kadar çıktığı belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın yapmış olduğu açıklamalarda da sağlık personeli sayısı yetersizliği nedeniyle sevk zinciri uygulamasının ertelendiği ifade edilmiştir. Bu kadar yoğun bir poliklinik sayısı yönetmelikte aile hekimlerinin sorumluluğuna verilen diğer koruyucu sağlık hizmetlerinin aksatılmasına neden olabilecektir. Haftada en az 40 saat çalışmaları gereken aile hekimleri günde 8 saatlik mesai sürecince ancak hasta muayenesinden oluşan poliklinik hizmetini verebileceklerdir.

Tablo 30: Görüşülen Aile Hekimlerinin Verdiği Hizmetler

	Isparta		Burdur		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Poliklinik	32	100	16	100	48	100
Acil Sağlık	2	6.3	1	6.3	3	6.3
Aile Planlaması	22	68.8	11	68.8	33	68.8
Bağışıklama	30	93.8	14	87.5	44	91.7
Sağlık Eğitimi	9	28.2	9	56.3	18	37.5
Kronik Hasta Takibi	16	50	7	43.7	23	47.9
Gebe-Loğusa Takibi	26	81.3	13	81.3	39	81.3
Bebek Takibi	29	90.6	13	81.3	42	87.5
Okul Sağlığı	2	6.3	0	0	2	4.2
Çevre Sağlığı	1	3.1	1	6.2	2	4.2
Adli Hekimlik	2	6.3	7	43.7	9	18.8
Erken Tanı	4	12.6	5	31.3	9	18.8

(Hekimlerin verdiği tüm hizmetler dikkate alınmıştır.)

Her iki ilde görüşülen aile hekimlerinin en yoğun verdiği hizmetlerin; poliklinik (48 hekim/%100), bağışıklama (44 hekim/%91,7), bebek-çocuk takibi (29

hekim/%87,5) ve gebe-loğusa takibi (26 hekim/%81,3) olduğu belirtilmiştir. Sayılan bu hizmetler, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde geliştirilen aile hekimliği pilot uygulaması ücret yönetmeliğinde performans kriteri olarak belirlenmiştir. Aile hekimlerinin bu hizmetlere yoğunlaşma nedeni olarak performansa dayalı ek ödemede bu hizmetlerin temel alınması gösterilebilir. Dolayısıyla performans kriteri olmayan koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince önem verilememektedir. Bunun en önemli sebepleri ise, aile hekimlerine kayıtlı kişi sayısının fazla olması ve aile hekiminin günlük poliklinik sayısının çok yüksek olması şeklinde ifade edilebilir. Özellikle okul sağlığı hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri ve adli hekimlik hizmetleri aile hekimliği pilot uygulamasına ilişkin çıkarılan yönetmeliklerde hem Aile Sağlığı Merkezlerinin hem de Toplum Sağlığı Merkezlerinin görevleri arasında sayılmıştır. Adı geçen hizmetlerin, bireyi ilgilendiren bölümü aile hekimlerinin sorumluluğunda, toplumu ilgilendiren bölümü ise toplum sağlığı merkezlerinin sorumluluğundadır. Dolayısıyla bu hizmetlere ilişkin her iki birimde de sorumluluk karmaşası yaşandığı ifade edilebilir. Okul sağlığı ve çevre sağlığı hizmetleri sahip oldukları özelliklerden dolayı bireyi ve toplumu ilgilendiren şekilde bir ayrıma tutulamaz ve bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Performans kriteri olarak belirlenmeyen diğer koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin sorumlu mercilerin tam olarak ortaya konmaması ve aile hekimlerinin çok yoğun bir çalışma temposu içinde olması bu hizmetlerin aksamasına neden olabilmektedir.

Her iki ilde de görüşülen aile hekimleri hastalardan istenen tetkiklerin çoğunlukla halk sağlık laboratuvarında yapıldığını ifade etmişlerdir. Sadece iki hekim halk sağlık laboratuvarının yanı sıra bazı basit tetkiklerin aile sağlığı merkezinde yapıldığını belirtmişlerdir.

Tablo 31: Görüşülen Kişinin Aile Hekimi Olarak Çalışmayı Kabul Etme Nedeni

			Görüşülen Kişinin Aile Hekimi Olarak Çalışmayı Kabul Etme Nedeni				Toplam
			Maddi Olanaklarının İyi Olması	Şehir Merkezine Gelmek İçin	Toplum Sağlığı Merkezine Gitmemek İçin	Mecbur Kaldığı İçin	
Görüşmenin Yapıldığı İl	Isparta	Sayı	10	2	2	18	32
		Toplam %	31.3%	6,2%	6,2%	56.3%	100%
	Burdur	Sayı	11	2	0	3	16
		Toplam %	68.8%	12.5 %	0%	18.7%	100%
Toplam		Sayı	21	4	2	21	48
		Toplam %	43.7 %	8,3%	4,2%	43,8%	100,0%

Çalışma kapsamında görüşülen aile hekimlerine aile hekimi olarak çalışmayı kabul etme nedeni sorulduğunda; 21 hekim maddi olanakların iyi olması nedeniyle kabul ettiğini belirtirken, 21 hekim ise mecbur kaldığı için kabul ettiğini ifade etmiştir. Aile hekimlerine verilen net maaşın normal pratisyen hekimlere verilen net maaştan çok daha fazla olması, aile hekimliğine geçişi cazip hale getirmektedir. Diğer taraftan, sağlık ocaklarında görev yapmaktayken aile hekimliğine geçmeyi kabul etmeyen hekimlerin akıbetinin muğlak olması, bu hekimlerin aile hekimliğine geçme konusunda kendilerini mecbur hissetmelerine neden olmuştur.

Tablo 32: Görüşülen Kişinin Gezici Sağlık Hizmeti Verip Vermediği

			Görüşülen Kişinin Gezici Sağlık Hizmeti Verip Vermediği		Toplam
			Evet Veriyor	Hayır Vermiyor	
Görüşmenin Yapıldığı İl	Isparta	Sayı	8	24	32
		Toplam %	25%	75%	100%
	Burdur	Sayı	5	11	16
		Toplam %	31.3 %	68.7%	100%
Toplam		Sayı	13	35	48
		Toplam %	27.1%	72,9%	100,0%

Görüşülen 48 aile hekiminden yalnızca 13'ünün gezici sağlık hizmeti verdiği görülmektedir. Gezici sağlık hizmeti; aile hekimlerinin kendilerine bağlı köylere haftada bir gün giderek birinci basamak sağlık hizmeti vermesi anlamına gelmektedir. Aile hekimliği sistemine geçilmesiyle birlikte il merkezine bağlı köylerdeki sağlık ocakları ve sağlık evleri kapatılarak, bu alanlarda ikamet eden nüfus kent merkezindeki aile hekimlerine bağlanmıştır. Sağlık ocaklarının ve evlerinin temel kurgusu kırsal alana sağlık hizmeti götürmek iken; aile hekimliği pilot kanununda kentlerde aile hekimliği sistemine geçileceği, kırsalda ise sağlık ocağı sisteminin devam edeceği belirtilmesine karşın; pilot uygulamanın yapıldığı illerde köylerdeki sağlık ocakları ve evleri kapatılmıştır. Bütün sorunlarına rağmen sağlık ocağı sisteminde kırsal alandaki kişiler haftanın beş günü sağlık hizmeti alabilmekteyken aile hekimliği uygulamasında hekimin belirlediği haftanın bir gününde sağlık hizmeti alabilmektedirler. Sağlık hizmetlerinin sunumunun haftada bir güne indirilmesinin yanı sıra; hizmetin verilebileceği bir mekânın olmaması da köylerde yaşayanlar açısından sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda sıkıntı yaratmaktadır. Köylerde sağlık hizmeti verilebilecek mekân olmamasının nedeni, hekimlerin; kullanacakları mekânın kira, telefon, internet, elektrik, su vb masraflarını kendilerinin karşılaması gerektiğinin yönetmelikte belirtilmesi ve hekimlerin buna yanaşmamasıdır.

Gezici sağlık hizmeti veren hekimler (Isparta’da 8, Burdur’da 5 ve toplamda 13 aile hekimi); gezici sağlık hizmetlerini yerine getirebilmeleri için kendilerine herhangi bir taşıtın temin edilmediğini ve taşıt sorununu kendi araçlarını kullanarak çözdüklerini ifade etmişlerdir. Gezici sağlık hizmeti veren 13 aile hekiminden 7’si bu hizmet karşılığında verilen ücretin yeterli olduğunu belirtmiştir. 5 hekim ücretlerin yetersiz olduğunu vurgularken; 1 hekim ise kayıtlı kişi sayısı (en az 500 kişi) kriterini yerine getiremediğinden ücret alamadığını ifade etmiştir.

Tablo 33: Gezici Sağlık Hizmeti Veren Aile Hekimlerinin Verdiği Hizmetler

	Isparta		Burdur		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Poliklinik	8	61.5	5	38.5	13	100
Acil Sağlık	0	0	0	0	0	0
Aile Planlaması	5	38.5	0	0	5	38.5
Bağışıklama	4	30.7	4	30.7	8	61.4
Sağlık Eğitimi	2	15.4	1	7.7	3	23.1
Kronik Hasta Takibi	3	23.1	0	23.1	3	23.1
Gebe-Loğusa Takibi	4	30.7	2	15.4	6	46.1
Bebek-ocuk Takibi	5	38.5	2	15.4	6	53.9
Okul Sağlığı	1	7.7	0	0	1	7.7
evre Sağlığı	1	7.7	0	0	1	7.7
Adli Hekimlik	0	0	0	0	0	0
Erken Tanı	1	7.7	0	0	1	7.7

(Hekimlerin verdiği tüm hizmetler dikkate alınmıştır. Değerlendirme Isparta’da 8, Burdur’da 5 ve toplamda 13 Gezici Sağlık Hizmeti veren hekim üzerinden yapılmıştır.)

Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti kapsamında verdikleri sağlık hizmetlerinin, tıpkı aile sağlığı merkezlerinde olduğu gibi performans kriterleri kapsamında yer alan poliklinik, bağışıklama, gebe-loğusa takibi ve bebek-ocuk izleminde yoğunlaştığı görülmektedir.

Tablo 34: Görüşülen Kişinin Aylık Eline Geçen Toplam Ücret

			Görüşmenin Yapıldığı İl		Toplam
			Isparta	Burdur	
Görüşülen Kişinin Aylık Eline Geçen Toplam Ücret	4500	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
	5000	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
	5500	Sayı	5	1	6
		Toplam %	15,7%	6,2%	12,4%
	5700	Sayı	1	1	2
		Toplam %	3,1%	6,2%	4,2%
	5800	Sayı	0	2	2
		Toplam %	0%	12.6%	4,2%
	6000	Sayı	6	5	11
		Toplam %	18,9%	31.3%	22,8%
	6200	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
	6300	Sayı	3	0	3
		Toplam %	9,4%	0%	6,3%
	6400	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
	6500	Sayı	7	3	10
		Toplam %	21.9%	18.9%	20,7%
	6600	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
	6700	Sayı	1	1	2
		Toplam %	3,1%	6,2%	4,2%
	6800	Sayı	1	1	2
		Toplam %	3,1%	6,2%	4,2%
	6900	Sayı	1	1	2
		Toplam %	3,1%	6,2%	4,2%
	7000	Sayı	1	1	2
		Toplam %	3,1%	6.2%	4,2%
	7400	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
Toplam		Sayı	32	16	48
		Toplam %	66,7%	33,3%	100,0%

Görüşülen aile hekimlerinin aylık toplam ücretlerinin 4500 ile 7400 TL arasında değiştiği görülmektedir. Oranın bu kadar değişken olmasının temel nedenleri; kayıtlı kişi sayısı ve performans kriterlerini tutturabilme oranlarının farklı olması olarak ifade edilebilir. Hekimlerin aldığı toplam ücret; maaş, diğer ödemeler

adı altında verilen gider ücreti ve kayıtlı kişi sayısına bağlı olarak verilen ek ödemeden oluşmaktadır. Gider ücreti her bir hekim için aylık ortalama 2600 TL olup; aile sağlığı merkezinde kullandığı muayenehanenin kira, elektrik-su-telefon-internet faturası ve laboratuvar tetkikleri için ödenen ücrettir. Kayıtlı kişi başına yapılan ek ödeme ise; kayıtlı olan kişi sayısının 1000 kişinin üzerinde olması durumunda 4000 kişiye kadar, kayıtlı kişi başına 1 TL olarak yapılmaktadır.

Her iki ilde görüşülen toplam 48 aile hekiminden 42'si diğer ödemeler adı altında verilen gider ücretini yeterli bulduğunu belirtmiştir. Aile hekimliği sisteminde aile hekimlerine yapılan ödemeler; Maliye Bakanlığı'nın cari bütçesinden karşılanmamakta ve Dünya Bankası ile yapılan proje anlaşmasından elde edilen kredi ile yapılmaktadır. Pilot uygulama sona erip sistem tüm ülkede uygulanmaya başladığında, aile hekimleri personel giderleri dahi olmak üzere tüm masrafları kendileri karşılayacaklardır. Bu durumda ise aile hekimlerinin tüm masraflarının nasıl finanse edileceği belirsizlik yaratmaktadır.

Tablo 35: Görüşülen Kişinin Aylık Ücretinden Kesinti Yapılıp Yapılmadığı

			Görüşülen Kişinin Aylık Ücretinden Kesinti Yapılıp Yapılmadığı		Toplam
			Hayır Kesinti Yapılmadı	Evet Kesinti Yapıldı	
Görüşmenin Yapıldığı İl	Isparta	Sayı	6	26	32
		Toplam %	18.8%	81.2%	100%
	Burdur	Sayı	9	7	16
		Toplam %	56.2%	43,8%	100%
Toplam		Sayı	15	33	48
		Toplam %	31.3%	68,7%	100,0%

Tablo 36: Görüşülen Kişinin Aylık Ücretinden Kesinti Yapılma Nedeni

			Görüşmenin Yapıldığı İl		Toplam
			Isparta	Burdur	
Görüşülen Kişinin Aylık Ücretinden Kesinti Yapıldıysa Nedeni	Gebe-Loğusa Takibinde Aksama	Sayı	13	3	16
		Toplam %	81,2%	18.8%	100%
	Performans Kriterlerini Tutturamama	Sayı	6	3	9
		Toplam %	66.7%	33,3%	100%
	Bebek-Çocuk Takibinde Aksama	Sayı	5	1	6
		Toplam %	83.3%	16.7%	100%
	Bağışıklama Oranını Tutturamama	Sayı	2	0	2
		Toplam %	100%	0%	100%
Toplam		Sayı	26	7	33
		Toplam %	78.8%	21.2%	100,0%

(Aylık Ücretinden Kesinti Yapılan Isparta’da 26, Burdur’da 7 ve toplamda 33 hekim değerlendirmeye alınmıştır.)

Tablo 35 ve 36 birlikte değerlendirildiğinde her iki ilde görüşülen toplam 48 aile hekiminin 33’ünden yani %68,7’sinden aylık ücretlerde kesinti yapıldığı görülmektedir. Hekimlerin ücretlerinde kesinti yapılmasının nedeni olarak gebe-loğusa ve bebek-çocuk takibinde aksama, bağışıklama oranını tutturamama gösterilirken; 9 hekim ise genel anlamda performans kriterlerini yerinde getiremediği için ücretinden kesinti yapıldığını ifade etmiştir. Gebe-loğusa ve bebek-çocuk takibinde aksama, bağışıklama oranını tutturamama gibi kriterler genel performans kriterlerinin temel ölçütleri olarak belirtilmektedir. Performansa dayalı ödeme kapsamında yer verilen bu kriterlerde aylık başarı oranının %95 ve üstü olması halinde ücretlerden kesinti yapılmamaktadır. Gebe-loğusa ve bebek-çocuk takibi, bağışıklama oranının tutturulması durumunda parasal anlamda bir ödüllendirme söz konusu olduğu halde bu hizmetlerde bile aksama olması, performans kriterleri içinde yer almayan diğer hizmetlerin sunumunda çok da titiz olunmaması gibi olumsuz bir durumu karşımıza çıkarabilecektir.

4.4. Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Görüş ve Değerlendirmeler

Tablo 37: Görüşülen Kişinin Aile Hekimi Olarak Çalışma Koşullarını Nasıl Değerlendirdiği

			Görüşülen Kişinin Aile Hekimi Olarak Çalışma Koşullarını Nasıl Değerlendirdiği				Toplam
			Çalışma Koşulları İyi	Çalışma Koşulları Kötü	Çalışma Koşulları İdare Eder	Hasta Sayısı Çok Fazla	
Görüşmenin Yapıldığı İl	Isparta	Sayı	14	5	8	5	32
		Toplam %	43.8%	15,6%	25 %	15.6%	100%
	Burdur	Sayı	7	3	4	2	16
		Toplam %	43.7%	18.8%	25%	12.5%	100%
Toplam		Sayı	21	8	12	7	48
		Toplam %	43,8%	16,6%	25%	14,6%	100,0%

Çalışma kapsamında görüşülen aile hekimlerinin 21'i (% 43.8) çalışma koşullarının iyi olduğunu düşünmektedir. 12 hekim (% 25) çalışma koşullarının hizmet sunumu ve hekim memnuniyeti açısından idare edebilecek düzeyde olduğunu belirtirken, 8 hekim (% 16.6) çalışma koşullarından memnun olmadığını dile getirmiştir. 7 hekim (% 14.6) ise hasta sayısının çok fazla olmasından şikâyetçi olduklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin çalışma koşullarından memnun olmalarının temel nedeni olarak, aile hekimliği sistemine ilk geçtikleri süreçte yapılan ek ödeme ile çalışma koşul ve ortamlarını kendilerinin düzenlemesi gösterilebilir. Aylık ücretlerinin tatminkâr olması da hekimlerin memnuniyet düzeyinin yüksek olmasında etkili olmaktadır. Hasta sayısının ve iş yükünün yoğunluğu, sağlık hizmeti sunumu için kullandıkları eski sağlık ocaklarının fiziksel yetersizlikleri, bürokratik işlemlerin fazlalığı aile hekimlerinin çalışma koşullarından şikâyetçi olmalarına neden olmaktadır.

Tablo 38: Görüşülen Kişinin Tek Aile Sağlığı Elemanı İle Çalışma Konusundaki Görüşü

			Görüşmenin Yapıldığı İl		Toplam
			Isparta	Burdur	
Görüşülen Kişinin Tek Aile Sağlığı Elemanı İle Çalışma Konusundaki Görüşü	Yeterli	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
	Aile Sağlığı Merkezlerine 1 Aile Sağlığı Elemanı Daha Gerekli	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
	Her Aile Hekimine 1 Aile Sağlığı Elemanı Daha Gerekli	Sayı	25	14	39
		Toplam %	78,1%	87,4%	81,3%
	Aile Sağlığı Merkezlerine 2 Aile Sağlığı Elemanı Daha Gerekli	Sayı	2	1	3
		Toplam %	6,3%	6,3%	6,2%
	Her Aile Hekimine 2 Aile Sağlığı Elemanı Daha Gerekli	Sayı	2	1	3
		Toplam %	6,3%	6,3%	6,2%
	Risk Gruplarına Göre Aile Sağlığı Elemanı Sayısı Belirlenmeli	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
Toplam		Sayı	32	16	48
		Toplam %	66,7%	33,3%	100,0%

Isparta ve Burdur’da görüşülen toplam 48 aile hekiminin yalnızca biri tek aile elemanı ile çalışmanın yeterli olduğunu ifade etmiştir. Tek aile sağlığı elemanının yeterli olduğunu söyleyen hekimin kayıtlı kişi sayısının 2751-3000 aralığında olması, hekimin görüşünde etkili olmaktadır. Çalışma kapsamında görüşme yapılan hekimlerden 47’sinin tek aile sağlığı elemanı ile çalışmanın yetersiz olduğunu söylediği görülmektedir. Kayıtlı kişi sayısı ve günlük hasta başvurusunun yoğunluğu göz önünde bulundurulduğunda tek aile sağlığı elemanı ile çalışmanın yeterli olmadığının düşünülmesi olağan bir sonuçtur. Hekimler, yönetmelikle belirtilmiş olan sağlık hizmetlerini kendilerine kayıtlı nüfusa sunabilmeleri için en azından her aile hekiminin yanında bir aile sağlığı elemanının daha istihdam edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Tek aile sağığı ile çalışma konusunda hekimlerden bazıları şu ifadeleri kullanmışlardır:

“Gezici sağıık hizmeti verenler için ikinci aile sağığı elemanı kesinlikle gerekli, tek elemanla saha çalışması yrtlemiyor”.

“İkinci aile sağığı elemanı kadar gezici sağıık hizmeti vermeyi düşünmüyorum. Tek eleman aile sağığı merkezine zor yetiyor”.

“Kanun ilk hazırlandığında iki aile sağığı elemanı olacağı söyleniyordu. Maliye Bakanlığı bir elemana izin verdi”.

“Aile sağığı merkezinde kaç aile sağığı elemanı çalışacağına yönelik kriterler belirlenmeli. Hekime kayıtlı gebe sayısı, bebek sayısı, 15-49 yaş arası kadın sayısı gibi”.

Tablo 39: Görüşülen Kişinin Performansa Dayalı deme Hakkındaki Düşüncesi

			Görüşmenin Yapıldığı İl		Toplam
			Isparta	Burdur	
Görüşülen Kişinin Performansa Dayalı Ödeme Hakkındaki Düşüncesi	Aile Hekimleri Arasında Gelir Eşitsizliğine Neden Oluyor	Sayı	2	3	5
		Toplam %	6.9%	18.7%	11,2%
	Olması Gereken Yöntem	Sayı	16	6	22
		Toplam %	55.2%	37.5 %	48,9%
	Ücretlendirme Kriterleri Yetersiz	Sayı	10	5	15
		Toplam %	34.5%	31.2 %	33,3%
	Kısmen Faydalı Buluyorum	Sayı	1	1	2
		Toplam %	3.4%	6.3%	4,4%
	Personel Kötüye Kullanılıyor	Sayı	0	1	1
		Toplam %	0%	6.3%	2,2%
Toplam		Sayı	29	16	45
		Toplam %	64,4%	35,6%	100,0%

(3 Hekim görüş bildirmemiştir. Değerlendirme Isparta’da 29, Burdur’da 16 ve toplamda 45 hekim üzerinden yapılmıştır.)

Görüşmeye katılan aile hekimlerinin toplam 22’si (% 48.9) uygulanan

performansa dayalı ödemenin bu sistem için en uygunu olduğunu ifade etmişlerdir. Aslında uygulanan modelin aile hekimleri arasında rekabeti öngördüğünü bu yüzden de en uygun ödeme modelinin performansa dayalı ödeme modeli olduğunu belirtmişlerdir. Görüşülen hekimlerin 15'i (% 33.3) ise ücretlendirme kriterlerinin yetersiz olduğu özellikle poliklinik sayısının da bir performans kriteri olarak belirlenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca hekimlerin 5'i ise performansa dayalı ödemenin aile hekimlerinin gelirleri arasında bir eşitsizliğe neden olduğunu ifade etmişlerdir.

Görüşülen hekimlerden bazıları performansa dayalı ödemeye ilişkin şu görüşleri dile getirmişlerdir:

“Performans sadece niceliği değil niteliği de ölçebilir olmalıdır”.

“Cezalandırarak maaş kesintisi yapıyorlar. Anormal bir uygulama”.

“Çalışan-çalışmayan ayrımının ortaya çıkmasını sağlıyor”.

“İyi bir yöntem. En doğru yöntem. Rekabeti sağlıyor. Bu işin kuralı bu”.

“Tamamen performans yanlıştır. Taban ücreti makul olmalı. Performans %30 kadar etkilemeli”.

“Cezalandırır gibi olmamalı. Olumsuz değil olumlu girişimlerin performansı kurgulanmalı”.

“Bir hasta kaçırırsan senden para kaçıyor”.

“Herkes eşit iş yüküne eşit maaş almalı”.

“Performansa dayalı ödeme hasta-hekim arasında bazı problemler yaratmaktadır. İlişkiler biraz daha ticarete dayalı bir ilişki haline gelebilmektedir. Doktor daha çok hasta bakayım daha çok ücret alayım diye etik olmayan davranışlar gösterebilmektedir”.

“Avrupa gibi olsa maaş 20-25 bin lirayı bulur. Burada bakacağın hastaya üç beş kuruş verir. Avrupa gibi olsa performans iyi”.

“Güzel, anlamlı kriterler bunlar. Hekimlerin asıl görevi olan gebe izleme, bebek izleme, aşılama için para veriliyor”.

Tablo 40: Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Sisteminde Nasıl Bir Ödeme Yöntemi Olması Gerektiği Hakkındaki Düşüncesi

			Görüşmenin Yapıldığı İl		Toplam
			Isparta	Burdur	
Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Sisteminde Nasıl Bir Ödeme Yöntemi Olması Gerektiği Hakkındaki Düşüncesi	Mevcut Ödeme Yöntemi İyi	Sayı	12	7	19
		Toplam %	42.8%	46.7%	44,2%
	Her Aile Hekimine Standart Ücret Verilmeli	Sayı	2	1	3
		Toplam %	7.2%	6.7%	7,0%
	Performans Kriter Ücretlendirmesi Arttırılmalı	Sayı	5	2	7
		Toplam %	17.8%	13.3%	16,3%
	Pozitif Performans Kriterleri Getirilmeli	Sayı	6	2	8
		Toplam %	21.4 %	13.3%	18,6%
	Aile Hekimi Başına Ödeme 1500 Hastaya Sabitlenmeli	Sayı	2	0	2
		Toplam %	7.2%	0%	4,7%
	Sabit Taban Ücret ve Muayene Başına Ücret Olmalı	Sayı	1	3	4
		Toplam %	3.6%	20%	9,3%
Toplam		Sayı	28	15	43
		Toplam %	65,1%	34,9%	100,0%

(5 hekim görüş belirtmemiştir. Değerlendirme Isparta’da 28, Burdur’da 15 ve toplamda 43 hekim üzerinden yapılmıştır.)

Görüşmeye katılan aile hekimlerinin uygulanması gereken ödeme modelinin nasıl olması gerektiğine ilişkin görüşleri sorulduğunda % 44,2’si (19 hekim) mevcut ödeme yönteminin iyi bir tercih olduğunu belirtmişlerdir. Aile hekimleri uygulanan modelin aslında aile hekimleri arasında bir rekabeti öngördüğünü, bunu sağlamanın en iyi yolunun da mevcut ödeme sistemi olduğunu ifade etmişlerdir. Görüşülen hekimlerden 8’i ücretlendirmenin pozitif performansa dayalı bir ödeme yöntemiyle yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Sağlık Bakanlığı da ödeme yönteminde değişikliğe gidileceğini, yapılan değişiklik ile negatif performans yerine pozitif performansa bakılacağını açıklamıştır. Görüşülen aile hekimlerinden 7’si ise performans kriterlerinin ücretlendirmesinin arttırılmasının yeterli olacağını belirtmişlerdir.

Aile hekimliği sisteminde nasıl bir ödeme yöntemi olması gerektiğine ilişkin hekimlerden bazılarının görüşleri şu şekildedir:

“Koşullar daha da iyileştirilmeli. Sosyal bir denge olmalı. Bütün hekimlere standart ücret verilmeli. Gelir uçurumu olmamalı”.

“Günlük poliklinik sayısına göre ödeme yapılmalı. Bebek, gebe, çocuk, yaşlı gibi takipli grubun sayısına göre olmalı. Asla kayıtlı hasta sayısına göre olmamalı”.

“Kişi başı ödeme 1500 kişiye sabitlenmeli”.

“Standart-sabit maaş olmalı”.

“Ödemeler yine kişi başı olabilir. Ancak il-ilçe-köy gibi kıstaslar sosyal bir çarpana göre düzeltilmeli”.

Tablo 41: Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Mevzuatı İle İlgili Bilgiye Sahip Olup Olmadığı

			Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Mevzuatı İle İlgili Bilgiye Sahip Olup Olmadığı			Toplam
			Yeterli Bilgiye Sahibim	Bilgi Sahibiyim Ancak Yeterli Olduğunu Düşünmüyorum	Bilgi Sahibi Değilim	
Görüşmenin Yapıldığı İl	Isparta	Sayı	21	10	1	32
		Toplam %	65.6%	31.3%	3,1%	100%
	Burdur	Sayı	10	5	1	16
		Toplam %	62.5%	31.2%	6.3%	100%
Toplam		Sayı	31	15	2	48
		Toplam %	64,6%	31,3%	4,1%	100,0%

Görüşülen aile hekimlerinden 31hekim (% 64,6) aile hekimliği uygulamasına ilişkin çıkarılan yönetmelik, yönerge vb konular hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade etmiştir. Hekimlerin % 31,3’ü (15 hekim) ise aile hekimliği uygulaması ile ilgili mevzuata ilişkin bilgisinin olduğunu ancak bu bilginin yeterli olmadığını düşündüğünü belirtmiştir. Görüşmeye katılan aile hekimlerinden yalnızca 2’si aile hekimliği mevzuatına ilişkin bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 42: Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Mevzuatı İle İlgili Bilgiyi Edinme Yolunun Ne Olduğu

			Görüşmenin Yapıldığı İl		Toplam
			Isparta	Burdur	
Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Mevzuatı İle İlgili Bilgiyi Edinme Yolunun Ne Olduğu	İnternet	Sayı	27	12	39
		Toplam %	84,5%	75%	81,2%
	İl Sağlık Müdürlüğü Yazışmaları	Sayı	1	2	3
		Toplam %	3,1%	12,6%	6,2%
	Sağlık Bakanlığı Seminerleri	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
	Bilgi Sahibi Değil	Sayı	1	1	2
		Toplam %	3,1%	6,2%	4,2%
	Aile Hekimleri Derneği	Sayı	1	1	2
		Toplam %	3,1%	6.2%	4,2%
	Diğer Aile Hekimleriyle Bilgi Alışverişi	Sayı	1	0	1
		Toplam %	3,1%	0%	2,1%
Toplam		Sayı	32	16	48
		Toplam %	66,7%	33,3%	100,0%

Görüşmeye katılan aile hekimlerine mevzuatla ilgili bilgiyi nasıl edindikleri sorulduğunda; % 81,2'si (39 hekim) internet yoluyla kendilerinin edindiğini belirtirken yalnızca % 6,2'si (3 hekim) ise İl Sağlık Müdürlüğü yazışmalarından edindiğini ifade etmiştir. Görüşülen aile hekimleri mevcut uygulamaya ilişkin en önemli sorunun ise İl Sağlık Müdürlüğü'nün aile hekimliği uygulamasına ilişkin bilgilerinin yetersizliği nedeniyle kurumla yaşadıkları çatışmalar olduğunu belirtmişlerdir. Görüldüğü üzere yeni uygulamaya geçen sisteme ilişkin aile hekimlerine herhangi bir bilgi akışı olmadığını, mevcut bilgilerini de kendi çabaları ile edindiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 43: Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Uyum Eğitimleri Hakkındaki Düşüncesinin Ne Olduğu

			Görüşmenin Yapıldığı İl		Toplam
			Isparta	Burdur	
Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Uyum Eğitimleri Hakkındaki Düşüncesinin Ne Olduğu	Bu Haliyle Gereksiz	Sayı	9	6	15
		Toplam %	28,2%	37,6%	31,3%
	Eğitim Süresi Kısa	Sayı	5	0	5
		Toplam %	15,6%	0%	10,3%
	Yeterli	Sayı	10	5	15
		Toplam %	31,2%	31,2%	31,3%
	Yetersiz	Sayı	8	5	13
		Toplam %	25 %	31,2%	27,1%
Toplam		Sayı	32	16	48
		Toplam %	66,7%	33,3%	100,0%

Yönetmelikte de belirtildiği üzere aile hekimi olmanın temel şartı; Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından verilen 10 günlük aile hekimliği uyum eğitimlerini almış olmaktır. Yönetmelikte bu uyum eğitimlerinin sürekli olacağı belirtilse de 1. Aşama uyum eğitimleri dışında bir eğitim yapılmamıştır. Görüşülen aile hekimlerine uyum eğitimleri ile ilgili görüşleri sorulduğunda ise; 15 hekim uyum eğitimlerinin bu haliyle gereksiz olduğunu belirtirken, 15 hekim ise uyum eğitimlerinin yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Uyum eğitimlerinin yeterli olduğunu düşünen hekimler; uygulamadan önce de kendilerinin hekimlik yaptığını ve mevcut bilgilerinin yeterli olduğunu; bu yüzden de ek bir eğitime gerek görmediklerini ifade etmişlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha önce deneyimi olmayan hekimler için yapılan ve yapılacak olan uyum eğitimi çalışmaları, sistemin etkili olması adına önemli bir araçtır. Yurt dışındaki aile hekimliği eğitimleri de incelendiğinde; aile hekimi uzmanlık eğitimi alan hekimlerin uzmanlık eğitimi içerisinde birinci basamak sağlık kurumlarında ve uzman bir aile hekiminin muayenehanesinde 2 yıl süreyle çalışması gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin taşıdığı önem göz önünde

bulundurulduğunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan sağlık personelinin uyum eğitimlerinin içeriği ve süresinin yeterli olmadığı söylenebilir.

Görüşülen hekimlerden bazıları aile hekimliği uyum eğitimleri hakkındaki düşüncelerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Kesinlikle gerekli olduğunu düşünüyorum. Ancak pratiği geliştirmeye yönelik nitelikte olmalı”.

“Eğitim iyiydi. Ancak süre biraz daha uzun tutulabilirdi”.

“Yetersizdi. Sistemin işleyişi hakkında hiçbir bilgi verilmedi”.

“Gereksiz ve yetersizdi. Eğitim olacaksa uzun süreli, bir çeşit genel pratisyenlik veya uzmanlık eğitimi verilebilir. Ya da sistem aile hekimliği uzmanlarına devredilebilir”.

“Yeterliydi. Sistem hakkında genel bilgi verildi. Sonuçta mühendise, öğretmene vermiyorsunuz eğitim. Zaten doktor olan kişilere detay aktarıyorsunuz”.

Tablo 44: Görüşülen Kişinin Görev Yaptığı İlde Aile Hekimliği Uygulamasını Başarılı Bulup Bulmadığı

			Görüşülen Kişinin Görev Yaptığı İlde Aile Hekimliği Uygulamasını Başarılı Bulup Bulmadığı			Toplam
			Başarılı	Başarısız	Eksiklikleri Giderilirse Başarılı Olur	
Görüşmenin Yapıldığı İl	Isparta	Sayı	21	5	5	31
		Toplam %	67.6 %	16.2%	16,2%	100%
	Burdur	Sayı	8	1	6	15
		Toplam %	53.4%	6.6%	40%	100%
Toplam		Sayı	29	6	11	46
		Toplam %	63,1%	13,1%	23,8%	100,0%

(2 Hekim yorum yapmamıştır. Değerlendirme Isparta’da 31, Burdur’da 15 ve toplamda 46 hekim üzerinden yapılmıştır.)

Görüşmeye katılan aile hekimlerinin % 63,1’i (29 hekim) görev yaptığı ildeki aile hekimliği uygulamasını başarılı bulduğunu ifade ederken, % 23,8’i (11 hekim) ise uygulamada eksiklikler bulunduğunu ve bu eksiklikler giderilirse uygulamanın başarılı olacağını belirtmişlerdir. Görüşmeye katılan 6 hekim ise görev yaptığı ildeki

aile hekimliği uygulamasını başarısız bulduğunu ifade etmiştir.

Görüşme yapılan hekimlerin bir kısmı görev yaptıkları ilde aile hekimliği uygulamasını başarılı bulup bulmadıkları konusunda şu görüşleri paylaşmışlardır:

“şimdilik sorunsuz gittiğini düşünüyorum”.

“Başarılı bulmuyorum. Hekimler arası etik anlayışı, hasta kapmaya dayalı anlayışa döndü”.

“şu anda tam başarılı bulmuyorum. Göç yolda düzelir mantığıyla hareket ediliyor. Dolayısıyla sıkıntıları biz çekiyoruz”.

“Bulmuyorum. Birinci basamak hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetlerinin kalitesi azaldı”.

“İsparta’da başarılı. Kent nüfusu aşırı kalabalık olmadığı için”.

“Bulunduğumuz yer itibariyle başarılı buluyorum”.

“Kesinlikle başarılı. Memnun olmayan hasta neredeyse yok. Hizmetlerin verildiği yerler kalifiye oldu. Hastaya yaklaşım çok iyi. Hasta hizmeti daha iyi satın alıyor. Hekimler dikkatli. Koruyucu sağlık hizmetleri açısından çok iyi oldu”.

“Kronik hasta takibinin, koruyucu kişisel sağlık hizmetlerinin, birinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmesi konusunda başarılı buluyorum”.

Tablo 45: Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Uygulamasının Ülke Geneline Yaygınlaştırılması Konusunda Ne Düşündüğü

			Görüşmenin Yapıldığı İl		Toplam
			Isparta	Burdur	
Görüşülen Kişinin Aile Hekimliği Uygulamasının Ülke Geneline Yaygınlaştırılması Konusunda Ne Düşündüğü	Yaygınlaştırılmalı	Sayı	16	7	23
		Toplam %	51.6 %	46.6%	50,0%
	Yaygınlaştırılmamalı	Sayı	4	1	5
		Toplam %	12.9%	6.7%	10,9%
	Eksiklikleri Giderilerek Yaygınlaştırılmalı	Sayı	7	6	13
		Toplam %	22.6%	40%	28,2%
	Standart Olarak Tüm Ülkede Uygulanamaz	Sayı	4	1	5
		Toplam %	12.9%	6.7%	10,9%
Toplam		Sayı	31	15	46
		Toplam %	100%	100%	100,0%

(2 Hekim yorum yapmamıştır. Değerlendirme Isparta’da 31, Burdur’da 15 ve toplamda 46 hekim üzerinden yapılmıştır.)

Çalışma kapsamında her iki ilde görüşülen ve görüş bildiren 46 hekimden 23’ü aile hekimliği uygulamasının ülke geneline yaygınlaştırılması gerektiğini düşündüklerini vurgulamışlardır. 13 hekim uygulamada eksiklikler bulunduğunu belirterek, uygulamanın bu eksiklikler giderildikten sonra yaygınlaştırılması gerektiğini ifade etmişlerdir. 5 hekim yaygınlaştırılmaması gerektiğini düşünmekteyken; 5 hekim ise aile hekimliği modelinin tek bir standart model olarak ele alınamayacağını ve illerin nüfus, sosyoekonomik düzey, coğrafi özellikleri, personel sayısı vb açılardan değerlendirilerek il ya da bölge bazında bir model oluşturulması gerektiğini vurgulamışlardır.

Çalışma kapsamında görüşülen hekimlerden bazıları aile hekimliği uygulamasının ülke geneline yaygınlaştırılması konusundaki düşüncelerini şu şekilde dile getirmişlerdir:

“Sağlık ocağı sisteminden farkı yok. Sevk zorunluluğu olmadığı sürece bu sistem uygulanamaz”.

“Sorunlu iller için alternatifler üretilmesi gerekiyor. Toplum sağlığı merkezleri can damarı, iyi işlemesi gerekiyor”.

“Ülke genelinde başarılı olamaz. Her ilin kendine göre özelliği var. Farklı modeller oluşturulmalı. Antalya mesel, kışın 1000 kişi olan yer yazın 10.000 oluyorç farklı modellerle desteklenmeli. Bu haliyle her yerde başarılı olamaz”.

“Orta ölçekli illerde başarılı olur ama büyük nüfuslu yerlerde olamaz. Hareketlilik çok fazla olursa sistem çöker”.

“Zorunlu sevk sistemi getirilirse olur”.

“Sağlık ocakları sisteminin tıkandığını düşünüyorum. Sistem değişikliği konusunda iyi olur, yaygınlaştırılmalı”.

Tablo 46: Görüşülen Kişinin Aile Hekimliğinden Ayrılmayı Düşünüp Düşünmediği

			Görüşülen Kişinin Aile Hekimliğinden Ayrılmayı Düşünüp Düşünmediği		Toplam
			Ayrılmayı Düşünmüyorum	Ayrılmayı Düşünüyorum	
Görüşmenin Yapıldığı İl	Isparta	Sayı	31	1	32
		Toplam %	96.9%	3,1%	100%
	Burdur	Sayı	14	2	16
		Toplam %	87.5%	12.5%	100%
Toplam		Sayı	45	3	48
		Toplam %	93,7%	6,3%	100,0%

Çalışma kapsamında her iki ilde görüşülen aile hekimlerinden 45’i yani %93,7’si aile hekimliğinden ayrılmayı düşünmediğini belirtmiştir. Isparta’da 1 ve Burdur’da 2 hekim, toplamda ise sadece 3 hekim sistemden ayrılmayı düşündüğünü ifade etmiştir. Hekimleri ayrılmayı düşünmemeye iten nedenlerin başında maddi imkânların oldukça iyi olması ve kent merkezinde görev yapıyor olmak gelmektedir.

Ayrıca, aile hekimleri uygulamadan ayrılmak istediklerinde, daha önce çalışmakta olduğu ilde boş kadrosu bulunan herhangi bir sağlık kurumuna atanmaktadırlar. Bu durum il merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimlerinin, il merkezi dışında da görevlendirilebilmesi sonucunu doğurabilmekte ve bu belirsizlik aile hekimlerini sistem içinde kalmaya itmektedir.

Görüşülen hekimlerin bazıları aile hekimliğinden ayrılmayı düşünüp düşünmedikleri konusunda şu ifadeleri kullanmışlardır:

“Düşünmüyorum. Sistemden ayrılmaya kalkarsam başka bir yerde görevlendirileceğim. Uzmanlaşamazsak zaten bir süre sonra bu sistemin içinde olamayacağız”.

“Başka seçenek yok. Şu anda ayrılmam ama emeklilik hakkı alır almaz ayrılırım”.

“Gelir çok iyi, kent merkezindeyim, ayrılmayı düşünmüyorum”.

“Emekliliğe az kaldı, düzeni bozmaya değmez”.

“İl merkezinde kalabilmek için başka çare yok”.

“Birinci basamak hizmet sunumunda çalışmayı seviyorum. Sağlık ocağını da seviyordum. Temelde mantık aynı, niye ayrılalım?”.

“Şimdilik yapabilecek daha iyi bir iş yok”.

“Bu imkânları başka kurumda bulamam”.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

20. yüzyıl boyunca, özellikle de II. Dünya Savaşı'ndan 1970'li yıllara kadarki dönemde refah devletinin etkin ve güçlü bir biçimde gelişmesi kamu hizmetlerinin kapsamını da genişletmiştir. 1970'li yıllara gelindiğinde ise, refah devletinin geniş kapsamlı müdahaleciliği ve etkinliği; devlete kırtasiyecilik, katı hiyerarşi, krallara aşırı bağlılık, verimsizlik ve hantallık gibi eleştiriler yöneltilmesinin ve refah devletinin tartışılmasının temel kaynağı olmuştur. Bu çerçevede; yaşanan ekonomik kriz ve daralmalar, refah devletine yönelik şüpheleri arttırmış ve refah devleti toplumsal yaşamda ortaya çıkan sorunları çözen bir kurum olmaktan sorunların bir parçası konumuna getirilmiştir. Bu bağlamda; geleneksel kamu yönetimi uygulama ve yöntemlerinin yol açtığına vurgu yapılan sorunların çözümünün, piyasa ilke ve yöntemlerinin uygulanmasından geçtiği belirtilmiş ve bu öneriye uygun politikalar geliştirilmiştir. Devletin küçültülmesine yönelik olarak; özelleştirme, rekabetçi seçenekler ve piyasa temelli söylemlerle devletin sosyoekonomik yaşama yönelik müdahalelerinin azaltılması düşüncesi ön plana çıkmış, yeniden yapılanma sürecinde devletin rolünün yeniden tanımlanmasıyla kamu hizmetlerinde köklü bir dönüşümün önü açılmıştır.

Türkiye'de 1980'li yıllarda başlatılan devletin küçültülmesi ve yeni liberal politikaların yaygınlaştırılması süreci, 2000'li yıllarla birlikte somut karşılığını bulmaya başlamıştır. 2003 yılında açıklanan Acil Eylem Planı yeni liberal politikaların uygulanmasında anahtar rolüne sahip olmuş, ard arda çıkarılan yasa ve yönetmeliklerle devletin etkinlik alanlarına sınırlamalar getirilerek, bu alanların piyasa aktörlerine devrinin önü açılmıştır. "Acil Eylem Planı" çerçevesinde sağlık alanında da yeni düzenlemeler yapılması gerektiğine vurgu yapılmış ve bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanmış ve hayata geçirilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerek kurumsal yapılanmayı gerekse kurumların işlevlerini köklü bir biçimde yeniden düzenlemeyi amaçlayan yeni kamu yönetimi anlayışını hâkim kılmaya yönelik dönüşümler başlamıştır. Reformun temel

unsurlarından biri; Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkartılıp, genel sağlık politikalarının belirlenmesi, koordinasyon ve en genel anlamıyla sağlık piyasasının denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir birim durumunda getirilmesiyle gerçekleştirilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel unsurlarından bir diğeri ise; sosyal güvenlik kurumlarına ait (Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur) sağlık sigortaları, Genel Sağlık Sigortası (GSS) çatısı altında birleştirilip, GSS sisteminin sağlık hizmeti satın alınması temelinde kurumsallaştırılmasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın son temel unsuru ise; birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği uygulaması çerçevesinde önemli değişikliklere uğratılmasıyla ortaya konmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı yalnızca kurumsal yapıyı yeniden düzenlemekle kalmamış, sağlık hizmetinin niteliğinde ve sunulmuş biçimlerinde de önemli değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Bu değişiklikler sağlık hizmetlerinin daha etkin, verimli ve kaliteli biçimde sunulması için piyasa mekanizmasına geçilmesi, sağlık sisteminde geleneksel kamu yönetimi yaklaşımından uzaklaşarak kamu işletmeciliği anlayışına geçişte somut adımlar atılmıştır.

Özellikle geleneksel kamu hizmeti anlayışında yürütülen sağlık hizmetlerinin maliyetlerindeki hızlı artış ve bu hizmetlerin ülke ekonomilerindeki payının artması, toplumun sağlık hizmetlerinden duyduğu tatminsizlik, hizmetlerin sunumunda verimlilik ve etkililiğin geliştirilmesi yönündeki baskılar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sistemlerinin sorgulanmasına yol açmıştır. Yeni liberaller, refah programlarının devlet merkezli olmasına karşı çıkmışlar ve devlet tarafından sunulan ve geçmişte kar getirmeyen, ancak günümüzde kar oranı oldukça yüksek olan hizmet alanlarının (eğitim, sağlık vb) serbest piyasa sistemi içinde karşılanacağı piyasa merkezli bir anlayışı öne sürmüşlerdir. Sosyal devletin vatandaşlık hakkı olarak gördüğü kamusal hizmetler, yeni liberal doktrinde hizmet anlayışının kamu işletmeciliğine, hizmetten yararlananın da müşteriye yani “parası olana hizmet” şeklinde bir hizmete evrilmiştir. DB ve IMF'nin baskıları sonucu yeni liberal anlayışa uygun olarak sağlık hizmetlerinde reform süreci tüm dünyada yaygınlaştırılmaktadır. Bu kapsamda tüm dünyada farklı boyutlarda uygulamaya konulan politikalar; sağlık hizmetlerinin özelleştirilip rekabete açılmasını, sağlık hizmetleriyle emeklilik sistemlerinin ayrıştırılarak kapsamının daraltılmasını ve aile

hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılmasını içermektedir. Aile hekimliği uygulaması da sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine en uygun uygulama olarak görölmüş, mali ve teknik dış yardımlar sağlanarak model yerleştirilmeye başlanmıştır. Türkiye’de de Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda açıklanan hedefler doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimliği modeline geçilmesinin ilk adımları 2005 yılında Düzce’de pilot uygulamanın uygulamaya konulması ile başlamış ve 2009 yılı sonu itibariyle Isparta ve Burdur illeri de dâhil olmak üzere 40 ilde aile hekimliği modeline geçilmiştir.

Aile hekimliği uygulamasına ilişkin yapılan düzenlemelerle birinci basamak sağlık örgütlenmesinin tümüyle değiştirilmesi hedeflenmektedir. Sağlık ocağında bütünlüklü olarak yürütölen hizmetler, aile hekimliği uygulamasında Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından yürütölmektedir. Aile sağlığı merkezlerinde hekim ve hemşire/ ebe olmak üzere iki kişiden oluşan bir ekip tarafından kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir. Aile sağlığı merkezlerinde sözleşmeli olarak çalışan sağlık personelinin ücretleri ise performansa dayalı ödeme sistemine göre belirlenmektedir. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni kamu işletmeciliği anlayışına uygun bir dönüşüm yaşanmaktadır.

Aile hekimliği uygulaması ile bağışıklama, bebek ve gebe- loğusa izlemlerinde bir artış olmuş, hasta- hekim iletişim süreci artmış, hastalar aynı hekimden hizmet aldığı için hekimler hastalarını daha iyi tanıma imkânı bulmuştur. Ayrıca aile hekimlerinin kullandığı Aile Hekimliği Bilgi Sistemi sayesinde hastaların geçmiş muayeneleri, tetkik ve reçete edilen ilaçlar kayıt altına alınmıştır. Aile hekimliğinin uygulandığı pilot illerde yapılan müşteri memnuniyeti anketlerinde vatandaşın oldukça yüksek oranda uygulamadan memnun olduğu görölmektedir.

Sağlık ocağı modelinden oldukça farklı bir uygulama olan aile hekimliği, 2006 yılında Isparta İlinde, 2008 yılında ise Burdur İlinde başlatılmıştır. Isparta’da AH uygulaması GSS’den önce ve GSS’den sonra olmak üzere iki farklı finansman yönteminde uygulanmıştır. Burdur’daki uygulama ise GSS uygulamasıyla başlatılmıştır. Her iki ildeki aile hekimliği uygulamasının yürürlüğe konuş aşamasında ve uygulama esnasında farklı süreçler yaşanmış olsa da, çalışmanın alan araştırması sürecinde görüşölen aile hekimlerinin ifadelerinden, modelin işleyiş

sürecinde yaşanan gelişmelerin ve hekimlerin sisteme yönelik değerlendirmelerinin benzer özellikler gösterdiği görülmektedir. Çalışmanın başlangıcında Isparta ilinin modelin uygulandığı ilk illerden biri olması nedeniyle hekimlerin iş süreçlerinde yaşadıkları deneyimlerin ve sistemi değerlendirme biçimlerinin Burdur ilinde görev yapan aile hekimlerinden farklı olacağı düşünülmüştür. 3 yıllık bir uygulama sonucunda sistemden kaynaklanan sorunların Burdur iline kıyasla çözülmüş olacağı ve her iki il arasında farklılıklar olacağı öngörülmüştür. Ancak araştırma verileri değerlendirildiğinde; her iki ilde de hekimlerin; çalışma koşulları, kayıtlı kişi sayısı, günlük ortalama başvuru sayısı, sistemde yer alış süreçleri, sistemin işleyişine yönelik görüşleri vb konularda birbirine paralel ifadeler kullandıkları saptanmıştır.

Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak, herkes tarafından faydalanabilmeyi sağlamak ve sağlık standartlarını arttırmak hedeflenmektedir. Bu hedeflere ulaşılabilmesi için kullanılan yöntemlerden biri de aile hekimliği performans yönetimi uygulaması olmuştur. Bu çerçevede aile hekimliği sisteminde performans kriterleri olarak; “bağışıklama, gebe-loğusa ve bebek izlemleri” belirlenmiştir. Her iki ilde de hekimlerin gerek aile sağlığı merkezinde gerekse gezici sağlık hizmeti kapsamında verdikleri en yoğun hizmetlerin performans kriterleri kapsamında ele alınan hizmetler olduğu görülmektedir. Buna göre Isparta ve Burdur’da aile hekimleri %91,7 oranında bağışıklama, %81,3 oranında gebe-loğusa takibi ve %87,5 oranında bebek takibi yapmaktadırlar. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sağlıklı nesiller yetiştirilmesi adına; bağışıklama, gebe-loğusa ve bebek izlemleri büyük önem taşımaktadır. Anne-çocuk sağlığı hizmetleri; bir ülkenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinin en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle bu üç hizmetin sunumunda yüksek oranlara ulaşılmış olması olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Ancak hekimlerin bu süreçte; performans kriteri olarak belirlenmeyen diğer birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterince özen gösterememeleri olasılığı da gözden kaçırılmamalıdır.

Sağlık Bakanlığı ilk etapta belirlenen aile hekimliği performans kriterlerine ek olarak; “aile planlaması hizmetleri, kronik hastalık izlemi, hastalık şikâyeti ile başvuranların şikâyetlerinin çözülüp çözülmediği, yaşlı sağlığı takibi, sağlık eğitimi, kaynak kullanımı, akılcı ilaç kullanımı, kendi dalındaki kongre ve eğitimlere

katılma” gibi kriterlerin de eklenmesini öngörmektedir (Kılıç, 2007: 339). İlk etapta belirlenen kriterler çerçevesinde yer alan; bağışıklama, gebe-loğusa ve bebek izlemlerinde yaşanan artış göz önünde bulundurulduğunda getirilecek yeni kriterler doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha etkili hizmet verilebileceği öngörülebilir. Ancak sağlık hizmetlerinin etkililiğinde temel özelliğin nicelik değil nitelik olduğu gözden kaçırılmamalı, sağlık personeli tüm birinci basamak sağlık hizmetlerini sunabilecek niteliğe sahip kılınmalı ve personel sayısı nicelik olarak da yeterli hale getirilmelidir. Nitekim her iki ilde görüşülen toplam 48 aile hekiminden 47’sinin yani %97,9’unun tek aile sağlığı elemanı ile çalışmanın sıkıntılı ve yetersiz olduğundan bahsetmeleri de sağlık personeli sayısının az olduğunu ve tüm sağlık hizmetlerinin sunumunda sıkıntı yaşandığını göstermektedir. Mevcut uygulamada aile hekimlerinin birlikte çalışmak üzere sözleşme imzaladıkları aile sağlığı elemanlarının ücretleri Maliye Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır. Ancak yapılan düzenlemelerde her ne kadar pilot uygulamada hayata geçirilmese de aile sağlığı elemanı ücretlerinin aile hekimi tarafından ödenmesi öngörülmektedir. Dolayısıyla bu tarz bir uygulama, aile hekimlerinin birer patron, aile sağlığı merkezlerinin ise piyasa koşullarında sağlık hizmeti üreten bir kurum haline gelmesinin önünü açacaktır. Çalışma sürecini belirleyen temel aktörün aile hekimi olmasının önünü açan, bir diğer ifadeyle; hekim merkezli bir uygulama olan aile hekimliği sistemi, aile sağlığı elemanlarının çalışma koşullarını (ücret, süre, iş yükü) hekimin belirlemesine yol açabilecektir. Benzer biçimde hizmet sunumunda piyasa koşullarının hakim hale gelmesi, aile sağlığı elemanları arasında bir rekabete yol açabileceği gibi, bu rekabet nedeniyle ücretlerde ve sosyal haklarda da aile sağlığı elemanlarının kayıplarının oluşmasına da neden olabilecektir.

2005 yılında hazırlanan “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde aile hekimi olmanın temel şartı; “Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından verilen 10 günlük aile hekimliği uyum eğitimlerini almış olmak” şeklinde ifade edilmiştir. Bu bağlamda; hekimlere yönelik 10 gün, aile sağlığı elemanlarına yönelik olarak ise 3 gün aile hekimliği uyum eğitimi verilmiş ve bu eğitimi alan hekim ve sağlık elemanları aile hekimliği sistemi kapsamında aile sağlığı merkezlerinde görevlendirilmişlerdir. Aile hekimliği uyum eğitimi çerçevesinde; aile hekimliği tanımı, aile hekimliğinin temel ilkeleri, aile

hekimliğinde hasta hekim iletişimi, sistemde yer alan personelin görev ve sorumluluklarına ilişkin bilgilendirme yapılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha önce deneyimi olmayan hekimler için yapılan ve yapılacak olan uyum eğitimi çalışmaları, sistemin etkili olması adına önemli bir araçtır. Yurt dışındaki aile hekimliği eğitimleri de incelendiğinde; aile hekimi uzmanlık eğitimi alan hekimlerin uzmanlık eğitimi içerisinde birinci basamak sağlık kurumlarında ve uzman bir aile hekiminin muayenehanesinde 2 yıl süreyle çalışması gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin taşıdığı önem göz önünde bulundurulduğunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan sağlık personelinin uyum eğitimlerinin içeriği ve süresinin yeterli olmadığı söylenebilir.

Aile hekimliği sistemine geçiş sürecinde personele verilen uyum eğitimi dışında sisteme ilişkin kapsamlı bir bilgilendirme yapılmamıştır. Her iki ilde görüşülen toplam 48 aile hekiminden 39'u süreci internet aracılığıyla ve kendi çabaları ile takip ettiğini belirtmişlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda yeterli bilgi ve tecrübesi olmayan sağlık personelinin de aile hekimliği sisteminde görevlendirilmiş olması nedeniyle, aile hekimliği uyum eğitimlerinin süre ve kapsamının genişletilerek belirli zaman aralıklarıyla verilmesi, sistemin işleyişi açısından daha faydalı olabilecektir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda gerek hizmeti sunanlar gerekse hizmetten yararlananlar açısından köklü değişiklikleri hayata geçiren aile hekimliği sistemi, ülkemizde Dünya Bankası ile yapılan kredi anlaşması doğrultusunda Düzcce ili pilot uygulaması ile başlatılmış ve 2009 yılı sonu itibarıyla 40 ilde uygulanmaya başlamıştır. Uygulamaya konulduğu dönemden itibaren, bazı kesimler tarafından sağlık hizmetlerini etkili, kaliteli ve verimli hale getirip bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırdığı yönünde olumlu değerlendirmeler alan aile hekimliği sistemi, bazı kesimler tarafından da yoğun biçimde eleştirilmiştir. Eleştirilerin odağında; vatandaşın müşteri konumuna getirildiği, birinci basamak sağlık hizmetlerini piyasalaştırdığı, sağlık çalışanlarının özlük haklarında kayıp yaşanmasına neden olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerini olumsuz etkilediği, şeklinde eleştiriler yer almaktadır. Çalışma kapsamında görüşülen hekimlerin büyük çoğunluğu (29 hekim) görev yaptığı ildeki aile hekimliği sisteminin başarılı olduğunu belirtirken, 11 hekim bazı eksiklikler giderilirse sistemin başarılı olacağını

düşündüklerini belirtmiştir. Sistemin ülke geneline yaygınlaştırılması konusunda; 23 hekim yaygınlaştırılması gerektiğini ifade ederken, 13 hekim ise eksikliklerin giderilerek yaygınlaştırılması gerektiğine vurgu yapmışlardır. Bu doğrultuda karşımıza çıkan sonuç, görüşülen 48 aile hekiminden 40'ının görev yaptığı ildeki uygulamalara olumlu yaklaştığı, benzer biçimde 36'sının ise sistemin ülke geneline yaygınlaştırılması fikrine sıcak baktığı şeklindedir. Uygulama anlamında ülkemizde beşinci yılına giren aile hekimliği sisteminin tüm ülkeye yaygınlaştırılacağı bakanlık ve hükümet nezdinde de sürekli ifade edilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda alınan yol da göz önünde bulundurulduğunda, sağlık ocakları uygulamasına geri dönüşün en azından yakın zamanda söz konusu olmadığı ön kabulünden hareketle yapılması gereken, şimdiye kadar uygulamanın hayata geçirildiği illerden hareketle genel bir değerlendirme yapılması ve sistemde ortaya çıkabilecek eksikliklere yönelik politikalar geliştirilmesidir. Bu doğrultuda, aile hekimliği sistemi mutlaka tüm ülkeye yayılacaksa ve birinci basamak sağlık hizmetleri açısından bir başka alternatif geliştirilmesi söz konusu değilse; öncelikle görüşülen hekimlerin de ifade ettiği gibi sevk zinciri zorunluluğunun uygulamaya konması gerekmektedir. Ayrıca çalışanlar açısından performans kriteri uygulaması gözden geçirilmeli ve pozitif performans kriterleri geliştirilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttıracakları söylenen aile hekimliği sisteminde yer alan personelin özlük hakları geri kazandırılmalı ve sistemde yer alan sağlık ekipleri gerek nitelik gerekse nicelik açısından zenginleştirilmelidir. Aile hekimliği sisteminin tek bir standart halinde tüm ülkeye uygulanamayacağı gerçeği göz önünde bulundurularak, illerin coğrafi ve sosyo-ekonomik özellikleri dikkate alınmalı ve herkesin erişebileceği şekilde sağlık hizmetleri sunulmalıdır. Ancak temelde; sağlığa erişimin bir insanlık hakkı olduğunun unutulmaması ve sağlık hizmetlerinin pazarlanabilir birer meta olmaktan çıkarılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

AĞARTAN, T., “*Sağlıkta Reform Salgını*”, Ç.Keyder, N.Üstündağ, T.Ağartan, Ç. Yoltar (Der.), **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları**, İletişim Yayınları, İstanbul, 2007,s: 37-54.

AKDUR, R., **Sağlık Sektörü ‘Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu’**, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, Yayın No: 25, Ankara, 2006.

—, **Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları**, Türkiye Bilimler Akademisi Yayını, Ankara, 1999.

AKIN, J.E., **Financing Health Services in Developing Countries:An Agenda for Reform**. A World Bank policy study. Washington, DC, World Bank 1987

AKKAYA, Y., DEMİRCİOĞLU, F.E., “ *Dünden Bugüne Sosyal Güvenlik ve Reformlarının Arka Planı*” , **Kamu Yönetimi Forumu (KAYFOR) IV, Kuramdan Uygulamaya (Yönetim ve Reform) Bildiriler Kitabı**, 8-10 Kasım 2006, Muğla Üniversitesi, ed: Atilla Göktürk, Mahmut Özfidaner ve Güler Ünlü, Muğla Belediyesi Yayınları, Muğla, 2007, s: 523-546.

AKSOY, Ş., “*Yeni Sağ ve Kamu Yönetimi*”, **Kamu Yönetimi Sempozyumu Bildirileri**, TODAİE Yayını, Ankara, 1995,s:159-173.

AKTAN, C.C., **Değişim Çağında Devlet**, Çizgi Kitabevi, Konya, 2003.

AKYILDIZ,H., KORKMAZ, A., **İş ve Sosyal Sigortalar Hukuku**, Alter Yayıncılık, Ankara, 2009

AL,H., **Bilgi Toplumu ve Kamu Yönetiminde Paradigma Değişimi**, Bilimadamı Yayınları, Ankara, 2002.

ALADA, A.B., **Yerel Yönetim ve Ahlak**, T.C. Başbakanlık Toplu Konut İdaresi Başkanlığı Yerel Yönetimlerin Geliştirilmesi Programın El Kitapları Dizisi, Kent Basımevi, IULA-EMME, İstanbul, 1993.

ARIN, T., “ *Refah Devleti: Sosyal Güvenliğin Yoksulluğu*”, Neşecan Balkan ve Sungur Savran (Ed.), **Neoliberalizmin Tahribatı** içinde, Metis Yayınları, İstanbul, 2004, s: 68-93.

ATAAY, F., **Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme**, Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara, 2007.

AYDIN, E., **Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi**, Natürel Kitap Yayıncılık, Ankara, 2004

AYDIN, S., “*Sağlıkta Dönüşüm ve Programı ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Anlayışına Geçiş*” , **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği** içinde, ed: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın, Asil Yayıncılık, Ankara, 2007,s: 252-277.

AYDIN, S., vd., **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2004.

AYMAN GÜLER, B., **Devlette Reform Yazıları**, Paragraf Yayınevi, Ankara, 2005.

BALCI, A., **Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim, Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması**, Atlas Yayın Dağıtım, İstanbul, 2005.

BALCI, A., KIRILMAZ, H., “ *Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları*” , **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** içinde, Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran (Ed.), Aura Kitapları, İstanbul, 2007, s: 134-165.

BAYRAMOĞLU, S., **Yönetişim Zihniyeti**, İletişim Yayınları, İstanbul, 2005.

BELEK, İ. **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, Yazılama Yayınevi, İstanbul, 2009.

—, **Sosyalist Türkiye’de Sağlık**, Nazım Kültürevi Kitaplığı, İstanbul, 2003.

—, **Sosyal Devletin Çöküşü Ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, Sorun Yayınları, İstanbul, 2001.

BORATAV, K., “*Ekonomi ve Küreselleşme*”, **Emperyalizmin Yeni Masalı Küreselleşme** (içinde), Işık Kansu (der), KİGEM Yayınları, Ankara, 1996.

—, **Türkiye İktisat Tarihi 1908-2002**, İmge Kitabevi, Ankara, 2003.

BOZKURT, Ö., ERGUN, T., SEZEN, S., **Kamu Yönetimi Sözlüğü**, TODAİE Yayını, Ankara, 1998.

BSB, **2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum**, Yordam Kitap, İstanbul, 2008.

BULUT, N., **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, On İki Levha Yayıncılık, İstanbul, 2009.

BULUTOĞLU, K., **Kamu Ekonomisine Giriş**, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1981

COOMBES, D., “*The Place of Public Management in The Modern European State*”, T. Verhijen ve D. Coombes (Eds.), **Innovations in Public Management-Perspectives From East and West** içinde, Edward Elgar, Cheltenham, 1998, p: 8-38.

ÇAĞLAYANER, H., **Aile Hekimliği I**, İletişim Yayınları, İstanbul, 1995

ÇELİK, Y., “ *Sağlık Çalışanlarının Ücretlendirilmesinde Kullanılan Mevcut Ödeme Yöntemleri ve Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemlerinin Önemi*” , **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği** içinde, ed: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın, Asil Yayıncılık, Ankara, 2007, s:174-205.

ÇEVİK, H.H., GÖKSU, T., BİLGİÇ, V.K., KARAKAYA, M., SEYHAN, K., GÜL, S.K., **Kamu Kurumlarında Performans Yönetimi**, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2008.

ÇSGB., **Avrupa Topluluğu Sosyal Güvenlik Kılavuzu**, A.T Koordinasyonu Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2000.

DERİCİOĞULLARI ERGUN, A., ERGUN, C., **Geleceğin Güvensiz İnşası ve Sosyal Güven(siz)lik Reformu**, Bağlam Yayınları, İstanbul, 2009.

DEMİR, M., “ *Sağlık Bakanlığı’nda Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemi*” , **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği**, ed: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın, Asil Yayıncılık, Ankara, 2007, s: 279-305.

DİRİCAN, R., BİLGEL, N., **Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)**, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993

DİRİCAN, R., **Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı Dersleri)**, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 1990

DPT., **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde Sektörel Gelişmeler: 1985-1990**, DPT Yayını, Ankara, 1985.

—, **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1996-2000: 1997 Yılı Programı Destek Çalışmaları: Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler**, DPT Yayını, Ankara, 1997.

EMRE,C., **Yönetim Bilimi Yazıları**, İmaj Yayınevi, Ankara, 2003.

—, “ *Değişen Kamu Yönetimi Anlayışı ve Mülki İdare Amirliğinin Geleceği*”, Cahit Emre (Ed.) **İyi Yönetim Arayışında Türkiye’de Mülki İdarenin Geleceği içinde**, Türk İdare Vakfı Yayını, Ankara, 2002, s:301-308.

ERALP, A., “*Değişen Dünya, Avrupa ve Türkiye*” , Fuat Keyman (Der.), **Liberalizm, Devlet, Hegemonya** içinde, Everest Yayınları, İstanbul, 2002, s:243-257.

ERDİLEK, N., “*Hükümetler ve Programları*”, **Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi**, Cilt: 4, s: 968-1046.

EREN, V., “ *Devletin Yapısında ve İşlevlerinde Değişim –Yönetimsel ve Siyasal Liberalizasyon*”, **Devletin Dönüşümü ve Yeni Dönem Kamu Yönetimi** içinde, Mehmet Özel ve Veysel Eren (Ed), Çizgi Kitabevi Yayınları, Konya, 2008, s: 37-87.

FİŞEK, N., **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, Ankara, 1985.

FRIEDMAN, M., **Kapitalizm ve Özgürlük**, D.Erberk ve N.Himmetoğlu (Çev), Altın Kitaplar, İstanbul, 1988.

GÖKÇEOĞLU BALCI, Ş., **Tutunamayanlar ve Hukuk**, Dost Kitabevi, Ankara, 2007.

GÖZE, A., **Liberal, Marxiste, Faşist, Nasyonal Sosyalist ve Sosyal Devlet**, Beta Basım Yayım, İstanbul, 2005.

GRAY, A., JENKINS,B., “ *From Public Administration to Public Management: Reassessing a Revolution*”, **Public Administration**, vol: 73, 1995, p: 75-99

GÜL, H. “*Yerinden Yönetim Kavramının Gelişimi, Tanımı, Türleri ve Özellikleri*”, **Türkiye’de Yerel Yönetimler** içinde, Recep Bozlağan ve Yüksel Demirkaya (der), Nobel Yayınları, Ankara, 2008, s: 85-118.

—, “*Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısına Ademi Merkezileşme-Küreselleşme Dinamikleri ve Yönetimi Geliştirme Açısından Bakış*”, **Yerel Yönetimler Üzerine Güncel Yazılar I**, ed: Hüseyin Özgür ve Muhammet Kösecik, Nobel Yayınları, Ankara, 2005, s: 39-55.

GÜL, H., MEMİŞOĞLU, D., “*Yapısal Değişim Sorunu Çerçevesinde Yönetimsel Reform, Kamu Yönetiminin Yapısal ve İşlevsel Sorunları*”, ed: M. Akif Çukurçayır ve Gülise Gökçe, Çizgi Kitabevi Yayınları, Konya, 2007, s: 57-112.

GÜL, H., SALLAN GÜL, S., “*Kamu Yönetimi ve Sosyal Güvenlik Reformları Karşısında Sosyal Devlet*”, **Kamu Yönetimi Forumu (KAYFOR) IV, Kuramdan Uygulamaya (Yönetim ve Reform) Bildiriler Kitabı**, 8-10 Kasım 2006, Muğla Üniversitesi, ed: Atilla Göktürk, Mahmut Özfidaner ve Güler Ünlü, Muğla Belediyesi Yayınları, Muğla, 2007, s: 495-522.

GÜRSOY, G., “*Sağlık*”, **Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi**, cilt:6, s: 1716-1735.

GÜZELSARI, S., “*Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları*”, K.Öktem, U.Ömürgönülşen (Der.), **Kamu Yönetimi-Gelişimi ve Güncel Sorunlar** içinde, İmaj Yayınevi, Ankara, 2004, s: 85-138.

HALKEVLERİ, “*Halkın Sağlık Hakkı Var*”, **Halkın Hakları Forumu Kitabı**, 8-9-10 Haziran 2007, Halkevleri Derneği Yayını, İstanbul, 2008, s: 269-278.

HASUDER, **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu**, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayını, 2007.

İNSEL, A., **Neo-Liberalizm Hegemonyanın Yeni Dili**, Birikim Yayınları, İstanbul, 2005.

KARA, U., **Sosyal Devletin Yükselişi ve Düşüşü**, Özgür Üniversite Kitaplığı: 52, Maki Basın Yayın, Ankara, 2004.

KARABULUT UÇAR, E., “*Kamu Hizmeti Kavramının Dönüşümü*”, **Kamu Yönetimi Forumu (KAYFOR) IV, Kuramdan Uygulamaya (Yönetim ve Reform) Bildiriler Kitabı**, 8-10 Kasım 2006, Muğla Üniversitesi, ed: Atilla Göktürk, Mahmut Özfidaner ve Güler Ünlü, Muğla Belediyesi Yayınları, Muğla, 2007, s: 403-422.

KILIÇ, S., “*Aile Hekimliği Türkiye Modelinde Performans Yönetimi*”, **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği**, ed: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın, Asil Yayıncılık, Ankara, 2007, s: 307-344.

KLEINMAN, M., “*Kriz mi? Ne Krizi? Avrupa Refah Devletlerinde Süreklilik ve Değişim*”, Ayşe Buğra ve Çağlar Keyder (Der.), **Sosyal Politika Yazıları** içinde, İletişim Yayınları, İstanbul, 2006, s: 159-194.

KORAY, M., TOPÇUOĞLU, A., **Sosyal Politika**, Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa, 1995.

KORAY, M., **Sosyal Politika**, Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa, 2000.

KREAUDREN,P., MIERLO, H., “*Theories of Public Management Reform and Their Practical Implications*”, T. Verhijen ve D. Coombes (eds.), **Innovations in Public Management-Perspectives From east and West** içinde, Cheltenham: Edward Elgar, 39-56

LUFT, H.S., **Health Maintenance Organizations; Dimensions and Performance**, Whiley and Sons, New York, 1981.

MacGREGOR, S., “*Refah Devleti ve Neoliberalizm*”, **Neoliberalizm Muhalef Bir Seçki** (içinde), Alfredo Saad-Filho ve Deborah Johnston (der), Yordam Kitap, çev. Şeyda Başlı ve Tuncel Öncel, İstanbul, 2008.

OKCU, M., “*Avrupa Yönetişel Alanına Doğru Türk Kamu Yönetimi: Çok Düzlemli Yönetişim*”, **Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması** içinde (der., Ahmet Nohutçu, Asım Balcı), Beta Yayınları., İstanbul, 2005,s: 257-298.

ONAR, S.S., **İdare Hukukunun Umumi Esasları**, Hak Kitabevi, İstanbul, 1996.

OSBORNE, D., GAEBLER, T., **Reinventing Government- How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector**, Plume Books, New York, 1993.

ÖMÜRGÖNÜLŞEN, U., “*Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği*” , **Çağdaş Kamu Yönetimi I, Konular, Kuramlar, Kavramlar**, ed: Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür, Nobel Yayınları, Ankara, 2003, s: 3-43.

ÖNDER, İ., “*Kapitalist İlişkiler Bağlamında ve Türkiye’de Devletin Yeri ve İşlevi*”, **Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar**, A.H. Köse, F.Şenses, E.Yeldan (Der.), İletişim Yayınları, İstanbul, 2003, s: 249-286.

ÖNGEN, T., “*Yeni Liberal Dönüşüm Projesi ve Türkiye Deneyimi*”, Ahmet H.Köse, Fikret Şenses, Erinç Yeldan (Der.), **Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar** içinde, İletişim Yayınları, İstanbul, 2003, s: 161- 190.

ÖZDEMİR, S., **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul, 2007.

ÖZER, M.A., **Yeni Kamu Yönetimi Teoriden Uygulamaya**, Platin Yayınları, Ankara, 2005.

ÖZKAZANÇ, A., **Siyaset Sosyolojisi Yazıları, Yeni Sağ ve Sonrası**, Dipnot Yayınları, Ankara, 2007.

PAYCI, S.Ö., ÜNLÜOĞLU İ., “*Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği*”, **Aile Doktorları İçin Kurs Notları Birinci Aşama**, Süleyman Görpelioğlu (e d), Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2004.

PEHLİVAN, H.E., “*Sağlıkta Dönüşümün Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkisi Düzce’den İzlenimler*”, 12.Pratisyen Hekimlik Kongresi, 17-21 Ekim 2007, Antalya.

PRATİSYEN HEKİMLER DERNEĞİ, **Düzce Modeli Birinci Yıl Değerlendirme Raporu**, Pratisyen Hekimler Derneği Yayını, 2006.

ROCHE, M., **Rethinking Citizenship: Welfare, Ideology and Change in Modern Society**, Polity Press, Cambridge, 1992.

ROSENTHAL, M.M., FRENKEL, M. **Health Care Systems and Their Patients an International Perspective**, Bulder, CO, Westview Press, 1992.

SAĞLIK BAKANLIĞI, **Sağlık İstatistiği 2001**, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı Yayını, Ankara, 2002.

—, **Sağlık İstatistikleri 2003**, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı Yayını, Ankara, 2004.

—, **Sağlık İstatistikleri 2004**, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı Yayını, Ankara, 2005.,

—, **Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2003.

—, **Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi**, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Ankara, 2007a.

—, **Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılı 2006**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2007.

—, **Türkiye’de Sağlığa Bakış**, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Ankara, 2007b.

—, **Yataklı Tedavi Kurumları Yılı 2001**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2002.

SALLAN GÜL, S., “ *Sosyal Devlet Ya da Refah Devleti Nedir?*”, **Yerel Yönetimlerde Sosyal Demokrasi, Toplumcu Belediyecilik, Teorik Yaklaşımlar, Türkiye Uygulamaları içinde**, İhsan Kamalak ve Hüseyin Gül (der.) Kalkedon Yayıncılık, İstanbul, 2009,s: 65-97.

—, “*Kamu Yönetiminde Kalite, Piyasa ve Müşteri Arayışlarının İdeolojik Temelleri*”, **Kamu Yönetiminde Kalite II.Ulusal Kongresi Bildirileri**, TODAİE Yayınları, Ankara, 1999, s: 69-84.

SALLAN GÜL, S., GÜL, H., “ *Sosyal Devlet Çözülürken Kamu Yönetimi ve Sosyal Güvenlik Reformu* ”, **Hukuk ve Adalet**, Sayı: 2, 2004,s: 96-11.

SALLAN GÜL, S., **Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa**, Etik Yayınları, İstanbul, 2004.

SARGUTAN, E., **Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi**, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993.

SAVAŞ, B.S., “*Türkiye Sağlık Sistemine ‘Kısa Bir Genel Bakış’*”, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, sayı: 39, 2001, s: 87-128.

SAVRAN, S., “*Bunalım, Sermayenin Yeniden Yapılanması, Yeni Liberalizm*”, Nail Satlıgan ve Sungur Savran (Der), **Dünya Kapitalizminin Bunalımı** içinde, Alan Yayıncılık, İstanbul, 1988, s: 19-65.

SAYBAŞI, K., “*Mali Bunalım, İktisat Siyaseti ve Özelleştirme*”, **Özelleştirme Tartışmaları** içinde, Aykut Polatoğlu (Der.), Bağlam Yayınları, İstanbul, 1994, s: 57-76.

SERİN, İ., **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, Kazancı Kitabevi, İstanbul, 2004.

SEZEN, S., **Devletçilikten Özelleştirmeye Türkiye’de Planlama**, TODAİE Yayınları, Ankara, 1999.

SOYER, A., **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden AK Partiye**, Sorun Yayınları, İstanbul, 2004.

—, **Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık**, Öteki Yayınevi, Ankara, 1998.

—, “*Türkiye’de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995*”, Cumhuriyet **Dönemi Türkiye Ansiklopedisi**, cilt: 14, s: 1114-1132.

SOYER, A., BELEK, İ., “*Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme*”, **Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık**, (Der. Ata Soyer), Öteki Yayınevi, Ankara, 1998.

SOYER, A., **Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık**. 1. Baskı, Ankara: Öteki Yayınevi, 1998

SSYB., **Sağlık Hizmetlerinde 50.Yıl**, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın No: 422, Ankara, 1973.

ŞAYLAN, G., **Değişim, Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi**, İmge Kitabevi, Ankara, 2003.

ŞİMŞEK, M., NURSOY, M., **Toplam Kalite Yönetiminde Performans Ölçme**, Hayat Yayınları, İstanbul, 2002.

T.C. BAŞBAKANLIK, **Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, Ankara, 2005.

TALAS, C., **Ekonomik Sistemler**, Ezgi Kitabevi, Bursa, 1999.

TAN, T., “*İdarede Yeni Ussallık Arayışları ve Hukuk*”, **Kamu Yönetimi Sempozyumu Bildirileri II.**, TODAİE Yayını, Ankara, 1995, s: 175-183.

TOKATLIOĞLU, M.Y., **Küreselleşme ve Kamu Hizmetleri**, Alfa Akademi Basım Yayın, Bursa, 2005.

TOKSÖZ, F., **İyi Yönetişim El Kitabı**, TESEV Yayınları, İstanbul, 2008.

TTB, **Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye’sinde Halka, Hekimlere/ Sağlık Personeline Ne Getiriyor?**, Kocaeli Tabip Odası Yayını, Kocaeli, 2004.

—, **Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP**, TTB Yayını, Ankara, 2007.

TÜRKAY, F., ÖZCAN, S., TARANTO, Y., KOÇ, Y., VEZİROĞLU, A. ve AKBAY, K., **Sağlık İnsan Gücü Mevcut Durum Raporu**, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Doküman No: TSH/İGG/I-05/001, Ankara, 1997.

TÜRK-İŞ, **SSK Hastaneleri Gerçeği**, Türk-İş Yayını, Ankara, 2006.

TÜRKÖNE, M., **Siyaset**, Lotus Yayınevi, Ankara, 2007.

TÜRK-SAĞLIK SEN, **Düzce İli Aile Hekimliği Uygulaması Anketi Raporu**, Türk Sağlık Sen Yayını, 2007.

ULUATAM, Ö., **Kamu Maliyesi**, İmaj Yayıncılık, Ankara, 1997.

ÜNAL, E., ATEŞ, M., **Sağlık ve Piyasa**, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Yayını, Yayın No: 2, İstanbul, 2002.

WALSH, K., **Public Services and Market Mechanism- Competition, Contracting and The New Public Management**, St. Martin's Press, New York, 1995.

Makaleler

AKALIN, A., “Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Hızlanıyor”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 13, sayı: 3, Mayıs-Haziran 1998.

AKDUR, R. “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, 4 (23-24), Eylül -Aralık 1998, s: 1984-1995.

—, “Sosyalizasyon Nedir? Niçin Başarısızdır?” , **Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni**, 1(9-10), 1976, s: 62-67.

AKSAKOĞLU, G., “Denenmeyen Model: Sosyalleştirme”, **Toplum ve Hekim**, Nisan 1994, s: 52-55.

—, “İngiltere Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 9, sayı: 64-65, Kasım 1994- Şubat 1995, s: 96-100.

AKSAKOĞLU, G., KILIÇ, B. VE UÇKU,R., “Aile Hekimi Modeli/ Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir”, **Toplum ve Hekim**, cilt:18, sayı:4, Temmuz-Ağustos 2003, s: 251-257.

AKSOY,Ş., “Yeni Sağ, Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetim: Eleştirel Bir Yaklaşım”, **Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi**, cilt:7, sayı:1, 1998, s: 3-13.

ALADA, A.B., “ ‘Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma’ Üzerine Notlar...” , **İktisat Dergisi**, Sayı: 455, 2004, s: 17-21.

ALGIN, K., ŞAHİN, İ., TOP, M., “Aile Hekimlerinin Sorunlarına Yönelik Tanımlayıcı Bir Araştırma” **Sağlık ve Toplum Dergisi**, yıl: 1115, sayı:1, 2005.

ATALAY, A.S., “SSK’nın Satışı Ardındaki Gerçekler”, **ODTÜ Sosyal Demokrat Açılım Dergisi**, yıl:2, sayı:2, Mayıs 2005.

AYMAN GÜLER, B., “ Kamu Yönetimi Temel Kanunu Üzerine ”, **Hukuk ve Adalet**, Sayı: 2, 2004, s: 26-61.

BAKAR,C., AKGÜN, S., “Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye”, **Toplum ve Hekim**, cilt:20, sayı:5, Eylül-Ekim 2005.

BELEK, İ ., “Türkiye Sağlık Reformları”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 16, sayı: 6, Kasım-Aralık 2001.

—, “Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor?”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 9, sayı: 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995, s: 14-25.

BELEK,İ., HAMZAOĞLU, O., “ *Son Yirmi Yılda Sağlıkta Değişim: 12 Eylül Rejiminin Yarattığı Olumsuzluklar*”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 15, sayı:4, Temmuz-Ağustos 2000.

BESLEY, T., GHATAK,M., “*Incentives Choice and Accountability in the Provision of Public Services*”, **Oxford Review of Economic Policy**, vol: 19, no: 2, 2003, pp: 235-249.

BORATAV, K., “*XX.Yüzyılın Sonundan XXI.Yüzyıla: Türkiye Ekonomisinin Genel Görünümü*”, **Özgür Üniversite Forumu**, sayı:22, Mayıs-Haziran 2003, s: 50-67.

CILGA,İ., “ *Küreselleşme Sürecinde Devlet Sorunu ve Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılanması* ”, **Hukuk ve Adalet**, Sayı: 2, 2004, s: 163-175.

COX, P., “*Ulusal Sağlık Hizmeti: Birleşik Krallık*”, **Toplum ve Hekim**, cilt:9, sayı: 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995, s: 101.

ÇAKIR, C., “*Samsun İli Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Toplum Sağlığı Hizmetlerinin Durumu*”, **Toplum ve Hekim**, cilt:22, sayı:6, Kasım-Aralık 2007, s: 470-471.

DENHARDT, R.B., DENHARDT, J.V., “ *The New Public Service: Putting Democracy First*”, **National Civil Review**, 90, 4, 2001, pp: 391-401.

ELBEK, O., ADAŞ, E.B., “*Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme*”, **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, cilt: 12, sayı:1, 2009, s:33-43.

ENGİZ,O., “ *Türkiye’de Sağlık Finansman Sorunu ve Çözüm Arayışları*”, **Toplum ve Hekim**, cilt:11, sayı:72, Mart-Nisan 1996, s: 22-31.

ERDOĞAN, M.S., EKUKLU, G., “*Almanya’da Sağlık Sistemi*”, **Toplum ve Hekim**, cilt:9, sayı: 64-65, Kasım 1994- Şubat 1995, s: 64-75.

ERDOĞAN, M.S., SALTİK, A., “ *Ülkemizde Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sağlık Sistemi*”, **Toplum ve Hekim** , cilt: 11, sayı:74, Temmuz-Ağustos 1996, s: 15-21.

EREN, V., “ *Kamu Performans Yönetiminde Ölçüt Sorunu: İdari Faaliyetlerde Başarı Ölçütleri* ”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 42, Sayı: 2, 2009, s: 1-21.

ERGÖR, A., “*Kanada Sağlık Sistemi*”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 9, sayı: 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995, s: 39-40.

ERKOÇ, M., ÇAĞLAYAN, Ç., “*Küba Sağlık Sistemi: Paradoks mu Sosyalizm mi?*”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 21, sayı: 5-6, Eylül- Ekim- Kasım-Aralık 2006, s: 459-469.

FİŞEK, N., “*Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları*”, **Toplum ve Hekim**, Aralık 1991, s: 2-4.

GLYNN, J.J., MURPHY, M.P., “ *Public Management: Failing Accountabilities and Failing Performance Review*”, **International Journal of Public Sector Management**. Vol.9, No.5-6, 1996, pp: 125-137.

GÜLOĞLU, T., KORKMAZ, A., “ *Kooperatifçilik İlkeleri, Küreselleşme ve Kooperatifçilikte Yeni Eğilimler* “, **İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası**, Prof. Dr. Toker Dereli’ye Armağan, Cilt: 55, Sayı: 1, 2006, s: 811-831.

GÜZELSARI, S., “*Neo-Liberal Politikalar ve Yönetişim Modeli*”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 36, Sayı 2, Haziran 2003, s.17-34.

—, “ *Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları*, **Ankara Üniversitesi SBF Gelişme ve Toplum Araştırmaları Merkezi Tartışma Metinleri**, No: 66, 2004, s: 1-29.

HAMZAOĞLU, O. “ *Kapitalizmin Depresyonu ve Sağlık: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı* ”, **İktisat Dergisi**, Sayı: 479, 2006, s: 58-65.

ISAACS, S., SOLIMANO,G., “ *Health Reform and Civil Society in Latin America*”, **The Society for International Development**, vol:42, no: 2, 1999, pp: 70-72.

KARA, B., “*Küba’nın Devrim Öncesi ve Sonrası Sağlık Sistemleri*”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 17, sayı:3, Mayıs-Haziran 2002, s: 220-228.

KARAHANOGULLARI,O., “ *Kamu Reformu Tartışmalarına Metodolojik Bir Bakış*”, **Hukuk ve Adalet Dergisi**, sayı: 2, 2004, s: 1-16.

KARCI, Ş.M., “*Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımının Temel Değerleri Üzerine*”, **Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, cilt: 16, 2008, s: 40-64.

KARTAL, F., “*Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye’de Sağlık Politikalarındaki Dönüşüm*” , **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 42, Sayı: 2, 2009, s: 23-43.

KAYIKÇI, S., “*Küreselleşmenin Kamu Yönetimi Paradigmasına Etkisi ve Türk Kamu Yönetimine Yansımaları*”, **Mülkiye Dergisi**, cilt: 31, sayı: 256, 2007, s: 165-186.

KERNAGHAN, K., “*Public Government: The Post- Bureaucratic Paradigm*”, **Canadian Public Administration**, 36 (4), 1996, pp: 636-644.

KICKERT, W.J.M., “*Public Governance in The Netherlands: An Alternative to Anglo-American Managerialism*”, **Public Administration**, vol: 75, 1997, pp: 731-752.

KLICKSBERG, B., “*The Necessary State: A Strategic Agenda for Discussion*”,**International Review of Administrative Sciences**, 60, 1994, pp: 183-196.

KUTBAY, E., “*Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye*”, **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, yıl:3, sayı: 11-12, Eylül- Aralık 2002, s: 33-35.

LAZENBY, H.C., LETSCH, S., “*National Health Expenditures 1989*”, **Health Care Financing Review**, Winter 1990, p:1-27.

MÜFTÜOĞLU, B.G. “ *Küresel ve Yerel Aktörlerin Sosyal Güvenlik Sisteminin Dönüşümüne Etkileri*” , **İktisat Dergisi**, Sayı: 478, 2006, s: 42-47.

NAVVARO, V., “*Birleşik Devletler Sağlık Sisteminin İnsanlık Dışı Durumu*”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 18, sayı: 6, 2003, s:443-445.

OCHOA, F.R., PARDO, C.M.L., “Küba’da Ekonomi, Politika ve Sağlık Durumu”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 14, sayı:4, Temmuz-Ağustos 1999, s:311-316.

ÖCEK, Z., “Almanya Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 22, sayı:1-2, Ocak- Şubat- Mart- Nisan 2007, s: 83-95.

ÖZBEK, N., “Osmanlıdan Günümüze Sosyal Devlet”, **Toplum ve Bilim**, sayı: 92, Bahar 2002, s: 7-33.

ÖZDEMİR, A.M., YÜCESAN ÖZDEMİR, G. “ Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Derin Dönüşümü: Farklı Birey Tahayyülleri” , **İktisat Dergisi**, Sayı: 478, 2006,s: 48-54.

ÖZDEMİR, O., OCAKTAN, E. ve AKDUR, R., “ Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 56, Sayı 4, 2003, s.207-216.

ÖZDEMİR, Y.E., “Sağlık Reformları 1980 ve 90’lı Yılların Sağlık Politikaları”, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, yıl:7, sayı: 40, Temmuz-Ağustos 2001.

ÖZKAVAK,B., “ Samsun İli Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Toplum Sağlığı Hizmetlerinin Durumu”, **Toplum ve Hekim**, cilt:22, sayı:6, Kasım-Aralık 2007, s: 472-474.

ÖZTEK, Z., “Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği”, **Toplum Hekimliği Bülteni**, cilt: 25, sayı:2, Mayıs 2006, s: 1-6.

—, “Sağlıkta Kavramlar”, **Yeni Türkiye Dergisi**, sayı: 39, Mayıs- Haziran 2001, s: 294-298.

ÖZTEK, Z., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, yıl:7, cilt: 39, 2001, s: 60-64.

PALA, K., “ Dünya Bankası’nın Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 18, sayı: 2, Mart-Nisan 2003,s: 115-119.

SALLAN GÜL, S., “Fak-Fuk-Fon ve Yeşil Kart Uygulaması”, **Görüş Dergisi**, Haziran- Temmuz 2003, s: 54-59.

SARAÇOĞLU, V., “ Edirne’de Toplum Sağlığı Merkezinde Çalışmak”, **Toplum ve Hekim**, cilt:22, sayı:6, Kasım-Aralık 2007, s: 463-469.

SARAN, U., “Küresel Değişim Dinamiklerinin Kamu Yönetimi Alanındaki Etkileri”, **Türk İdare Dergisi**, 73,433, 2001, s: 41-49.

SES, **Düzce- Eskişehir Aile Hekimliği Gözlem İnceleme Raporu**, 10.09.2006.

SEVİNÇ, Ö., “12 Eylül ve Sonrasında Sağlık”, **Antalya Tabip Odası Bülteni**, sayı: 18, 2002, s: 12-13.

SEZER, Ö., “ Kamu Hizmetlerinde Müşteri (Vatandaş) Odaklılık: Türkiye’de Kamu Hizmeti Anlayışı Açısından Bir Değerlendirme”, **Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, cilt: 4, sayı: 8, 2008, s: 147-171.

SOYER , A., “ 1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 15, sayı:4, Temmuz- Ağustos 2000.

SOYER ,A., “ 1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, **Praksis**, sayı:9, Kış-Bahar 2003

—, “*Dünden Bugüne Sosyalist Ülkelerde Sağlık Hizmetleri*”, **Toplum ve Hekim**, cilt:9, sayı: 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995, s: 122-137.

—, “*Türkiye’de Sağlık Sektörünün Temel Sorunları*”, **Özgür Üniversite Forumu**, Sayı: 26- 27, Nisan-Eylül 2004, s: 46-62.

STAMBOLOVİC, V., “ *Epidemic of Health Care Reforms*”, **European Journal of Public Health**, no: 13, March 2003, pp: 77-79.

ŞENATALAR, B., “*Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış*”, **Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Halk Sağlığı Özel Eki**, cilt: 25, sayı:4, 2003, s: 25-30.

ŞİMŞEK, E., “*Düzce’de Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında 4. Yıl*”, **Aile Hekimliği Dergisi**, cilt:3, sayı:3, 2009.

TAŞKIN, M., “*Sağlık Politikamız*”, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, sayı:39, Mayıs-Haziran 2001.

TATAR, F., TATAR,M. ve ŞAHİN, İ., “*Hastane Hizmet İhaleleri: Teori ve Türkiye’deki Uygulamaları*”, **Amme İdaresi Dergisi**,cilt: 30, sayı:3,1997, s: 77-96.

TERZİ, C., “ *Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi*”, **Toplum ve Hekim**, cilt: 22, sayı:1-2, , Ocak- Şubat- Mart- Nisan 2007, s: 2-22.

ÜSTÜNER, Y., “*Kamu Yönetimi Kuramı ve Kamu İşletmeciliği Okulu*”, **Amme İdaresi Dergisi**, cilt: 33, sayı: 3, 2000, s: 15-31.

YILDIRIM, A., “*1961 Anayasasında Sosyal Devlet ve Sağlık Hakkı*”, **Toplum ve Hekim**, Nisan 1994, s: 46-48.

YILDIRIM, H.H., “ *Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları*”, **Sağlık İdaresi Dergisi**, cilt:5, sayı:1, Kış 2000, s: 63-87

YILDIRIM, M., “ *Kamu Yönetiminde Yeni Bir İkilem: Yurttaş Odaklılık Ya Da Müşteri Odaklılık*”, **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, cilt: 10, sayı: 1, 2009, s: 99-105.

YILDIRIM, S., **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Yayını, Yayın No: 2350, 1994, Ankara.

YILDIZ, Ö., “ *Küreselleşme, Sağlık ve Toplum*”, **Gaziantep Tıp Dergisi**, 2008, s: 30-34.

YILMAZ, N., “*Aile Hekimliği Eskişehir Ayağı ve Düşündürdükleri*”, **Toplum ve Hekim**, cilt:22, sayı:6, Kasım- Aralık 2007, s: 460-462.

Diğer

Tezler:

ERDEM, B., “ *Neoliberal Ekonomi Politikaların Eğitim Üzerine Etkileri*”, **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, 2003.

İPEKTEN, M., Küreselleşmenin Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerine Genel Etkisi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2002.

KERMAN, U., “1980 Sonrası Siyasal İktidarların Sağlık Politikaları”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 1999

—, Türkiye’de Devletin Küçültülmesi Sorunu, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi (Yönetim Bilimleri) Anabilim Dalı, Tez Danışmanı: Prof. Dr. Tayfur Özşen, Ankara, 2006.

KESKİN, A.D., “Yurdumuzda Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (1960-1971), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türkiyat Araştırmalar Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

MÜFTÜOĞLU, Ö., “Özelleştirmenin Çalışma Yaşamına Etkileri ve Bir Alan Araştırması”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 1996.

Mevzuat:

1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu.

2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun.

2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun.

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun.

5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.

58.Hükümet Programı, 2002, <http://www.belgenet.com/hukumet/program/58-1.html>.

59.Hükümet Programı, 2002, <http://www.belgenet.com/hukumet/program/59-1.html>.

İnternet Kaynakları

AKMAN, T., *Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları* 2004, <http://www.ailehekimleri.org/index.php>. (12.03.2009)

ATAAY,F., “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı: Yerelleştirme, Özelleştirme ve Yönetişim”, 2007. www.yayed.org.tr. (12.11.2009)

ATAY, E.E. *Sağlıkta Dönüşüm Programı Nihai Rapor*, 2004. www.google.com.tr/search?hl=tr&q=Do%C3%A7+Dr.+Ender+Ethem+ATAY%2C+SDP%2CNihai+Rapor%2C2004&meta=lr%3Dlang_tr. (17.05.2009)

BAKIR, E., **Türkiye’de Sağlık Sektörü.** <http://www.ses.org.tr/dosya/12html>, (23.08.2009)

ERGÜZELOĞLU, F., *Aile Hekimliği İl Sayısı 59’a Çıkacak*, 12.01.2009. www.medimagazin.com. (13.07.2009)

GÖKTAŞ, O., *Aile Hekimliğinin Türkiye ve Dünyada Gelişimi*, www.medikalbakis.net/1/say22.htm. (08.12.2008)

HÜRRİYET, Sevk Zinciri Fiyasko, 01.07.2009.

İSTABİP, SSK Sağlık Kurumları Gasp Ediliyor, 15.09.2004. <http://www.istabip.org.tr/basin/ba15092004a.asp>.

KIZILOT, Ş., “*Hastalanınca Hastaneye Gidilmeyecek*”, **Hürriyet**, 01.05.2006.

METİN, B., “*Türkiye’nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları*” Ankara, 2003, (çevrimiçi) <http://www.undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul10BMETINSAGLIK.HTM>).

ÖZSARI, H., “*Genel Sağlık Sigortası Sürecinde Geline Son Nokta*”, **TİSK İşveren Dergisi**, Kasım 2005. http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=1280&id

PALA, K., “*Sağlıkta Dönüşüm Programı Ne Getiriyor, Ne Götürüyor*”, 2003. http://www.ttb.org.tr/udkk/x_tuek/SUNUMLAR/01_doc_dr_kayihan_pala_saglikta_donusum_progra_mi_ne_getiriy.pps

SABAH, SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na Devri Genel Gerekçe, <http://www.sabah.com.tr/ozel/ssk802/dosya804,2.html>.

SES, **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısına Yönelik SES Hukuk Bürosu Ön Raporu**, 2006. <http://www.ses.org.tr/hukuk/4.htm>.

SOYER, A., “*Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sağlıkta Değişim*”, 2002 <http://www.ato.org.tr/dergi/2002kisilkbahar/12.html>.

T.C. **58. Hükümet Acil Eylem Planı**, 2003. <http://www.ekutup.dpt.gov.tr/plan/aep.pdf>.

TTB, , “**10 Soruda 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**”, <http://www.ttb.org.tr/eweb/224.html>.

Gazete Haberleri

MİLLİYET, SGK’lı Hasta Daha Fazla Pay Ödeyecek, 09.12.2009.

BAKIR, O., Hastaneleri Paket Yapıp Özelleştirecekler, Evrensel, 11.03.2007

SAĞLIK AKTÜEL, Aile Hekimliği Sevk Uygulaması Ertelendi, 02.07.2009.

SAĞLIK AKTÜEL, Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı TBMM’ de, 01.10.2007.

ÖZGEÇMİŞ**Kişisel Bilgiler:**

Adı ve Soyadı: Ayşe DERİCİOĞULLARI ERGUN

Doğum Yeri: İzmir

Doğum Yılı: 19.07.1977

Medeni Hali: Evli

Eğitim Durumu:

Lisans : Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (1996- 2000)

Lise: İzmir Buca Betontaş Lisesi (1990-1994)

Yabancı Dil:

İngilizce ÜDS 57.5

İş Deneyimi:

2000-2001 İzmir Özel İbn-i Sina Tıp Merkezi Sorumlu Hemşiresi

2001- devam ediyor. MAKÜ Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi